WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC—SIERPIEŃ

ROK III 1931 NUMER 4

Prof. dr. A. BRÜCKNER. Uniwersytecka klinika chorób oczu w Bazylei.

# LECZENIE OGÓLNE PRZY CHOROBACH OCZU.

(Referat według Fortschr. d. Therapie, 1930, z. 9.).

Obecny stan naszej wiedzy nakazuje nam, aby każdą chorobę oczną rozpatrywać z punktu widzenia stosunku jej do całego ustroju, gdyż właściwe leczenie możliwe jest tylko pod warunkiem uwzględniania stosunków wzajemnych między chorym narządem i ustrojem. Z pośród preparatów podawanych doustnie stosuje się chętnie jeszcze i obecnie związki salicylowe przy reumatycznych chorobach oczu. Jeżeli zależy nam na szybkości działania i dokładniejszem dawkowaniu, wówczas wchodzą w rachubę pozajelitowe wstrzykiwania Melubriny.

Pozajelitowe leczenie białkowe nie znalazło w okulistyce tak obszernego zastosowania jak w dziedzinie chorób wewnętrznych. Jedynie przy reumatyczno-rzeżączkowych zapaleniach tęczówki, następnie przy pourazowych zapaleniach wnętrza oka i wreszcie przy rzeżączkowych nieżytach spojówek leczenie pozajelitowe okazuje się korzystnem. Mniej pomyślnem jest jego działanie przy chorobach rogówki, jak np. przy Ulcus serpens. Najbardziej czynnym, chociaż z pewnością również i najbardziej niejednolitym środkiem dla leczenia białkowego są wstrzykiwania mleka, które wchodzą w rachubę zwłaszcza przy rzeżączce u dorosłych i noworodków; nie wolno, oczywiście, nie uwzględniać jednocześnie leczenia miejscowego: „oczyszczenia", przepłókiwań, wkraplań preparatów srebrowych. Również i przy rzeżączce spojówek u noworodków *Brückner* osiągał zapomocą leczenia mlekiem bardzo pomyślne wyniki. Gorączka bywa przeważnie bardzo wysoka i przed dokonaniem następnego wstrzyknięcia należy zaczekać aż ciepłota znowu opadnie do normy. W każdym razie wstrzykiwania mleka nie są obojętnym sposobem leczenia, gdyż mogą one np. obudzić drzemiącą sprawę gruźliczą; z tego względu należy zawsze badać stan płuc. Przy reumatyczno-dnawych zapaleniach tęczówek i zakażonych uszkodzeniach przenikających, leczenie mlekiem okazuje częstokroć wpływ bardzo pomyślny. Nie-

jedno oko udaje się w ten sposób z pewnością uratować. Również i po wstrzykiwaniach koloidalnych preparatów srebra stwierdza się nierzadko ustępowanie objawów zapalnych. Także Yatren często działa bardzo pomyślnie. Leczenie gruźlicy oka tuberkuliną nie wymaga natomiast szczegółowego uwzględniania stanu płuc, chociaż na początku należy postępować bardzo ostrożnie. Według zdania *Brücknera* wysokie dawki tuberkuliny nie są potrzebne, gdyż często udaje się osiągnąć poprawę zapomocą dawek małych. Przy silniejszem podrażnieniu oka tuberkulina nie jest wskazaną. Należy się bardzo wystrzegać przedawkowania, gdyż może ono wywrzeć wpływ niepomyślny na ognisko piersiowe, a również i na gruźlicę oka, zwłaszcza przy Periphlebitis tuberculosa. W sprawie diety *Gersona-Sauerbrucha* przy gruźlicy oka nie posiadamy jeszcze żadnego doświadczenia.

Kiłę oka należy leczyć jak kiłę ogólną. Przy metaluetycznym zaniku nerwu wzrokowego powinno się postępować jedynie bardzo ostrożnie. Zwykłe leczenie przeciwkiłowe może tu doprowadzić nawet do pogorszenia. Leczenie strychniną jest czysto objawowe. Theophyllina i Theocyna rozluźniają barjerę oczną między krwią i płynem komorowym, co ułatwia przechodzenie leków i środków ochronnych do oka. *Brückner* podaje doustnie 3 razy dziennie po 0,25 g Theocyny i uważa, że wpływa to bardzo pomyślnie zwłaszcza na pooperacyjne stany zapalne. Również i leczenie siarkowe zalecone przez *Biera* przy czyraczności okazało się skutecznem przy Phlebitis ulcerosa i wytwarzaniu czyraków.

Objawy zołzowe, jako wynik zakażenia gruźliczego u dzieci ze skazą wysiękową, leczy się oprócz terapją nieprawidłowości konstytucjonalnych, kąpielami słonemi, tranem i naświetlaniami. Leczenie wapniowe wchodzi w rachubę zwłaszcza przy nalanych postaciach zołzów z moknącą pryszczycą; jednocześnie należy przestrzegać ograniczenia dowozu płynów. Przy gorączce siennej wapń przeważnie wyników zadowalniających nie daje; metod odczulających *Brückner* dotychczas jeszcze nie stosował.

Niektórzy pacjenci reagowali pomyślnie na Aspirynę, przyczem wystarczało już 1 — 2 tabletek dziennie. Również i Ephedrina okazuje się przeważnie skuteczną. W przypadkach cięższych zachodzi konieczność zastosowania leczenia klimatycznego lub komór bezalergenowych.

Co się tyczy metod leczenia fizykalnego, to autor uważa, że może niesłusznie zaniedbuje się obecnie kuracje napotne. W łaźni należy zwracać baczną uwagę na temperaturę. Kąpiele świetlne na głowę są u chorych powyżej 60 lat przeciwwskazane. Również i ciepłoty powyżej 70° należy unikać. Ochłodzenie po kąpieli nie powinno się odbywać zbyt szybko.

Przy cukrzycowych chorobach oczu wchodzi w rachubę insulina. Przy chorobach siatkówki i jej naczyń, zależnych od miażdżycy lub od chorób nerek, stwierdza się czasami poprawę po obniżeniu ciśnienia krwi zapomocą azotynów; potrzebne są jednak w tej dziedzinie jeszcze dalsze spostrzeżenia.

Dr. BENO WECHSLER, lekarz-wolontarjusz. Cieszyn.

# UŚPIENIE AVERTINĄ PRZY OPERACJACH CHIRURGICZNYCH.

Ze szpitala Śląskiego w Cieszynie. Dyrektor: Dr. *Jan Kubisz.*

Z mnożących się wciąż w ostatnich czasach publikacyj w prasie fachowej zagranicznej wynika niewątpliwie, że na czoło wszystkich środków, używanych do uśpienia ogólnego pozapłucnego, wysuwa się dzisiaj Avertina.

W szpitalu Śląskim w Cieszynie wykonano dotychczas 145 zabiegów operacyjnych w narkozie avertinowej. 145 operacyj w uśpieniu avertinowem, to liczba mała w porównaniu z dużemi statystykami zakładów zagranicznych, niemniej jednak pozwala ona już wysnuć pewne wnioski.

Avertina stosowana jest u nas wyłącznie przez odbytnicę.

Przed każdą narkozą oznacza się przedewszystkiem ciężar ciała chorego dla obliczenia potrzebnej dawki. Dnia poprzedniego chorego przygotowuje się jak zwykle do operacji, więc kąpiel, opróżnienie przewodu pokarmowego i t. d. Wieczorem dostaje 0,5 Veronalu, a na godzinę przed uśpieniem 0,02 morfiny, lub pantoponu. Avertinę, dokładnie odważoną, rozpuszcza się w kolbce Erlenmayerowskiej, w wodzie destylowanej o ciepłocie 35° do 40° C, tak by powstał roztwór 3%-owy. Posługujemy się w tym celu tablicą, dostarczoną przez fabrykę, pozwalającą szybko odczytać potrzebną w każdym wypadku ilość rozpuszczalnika. Roztwór ten wstrzykuje się bardzo wolno do odbytnicy ze strzykawki metalowej, zaopatrzonej w dren gumowy. Roztwór przyrządza się zawsze świeżo i poddaje próbie z czerwienią Kongo (zabarwienie niebieskie świadczy o rozkładzie). Po podaniu lawatywy chory leży w zupełnej ciszy w zaciemnionym pokoju do narkoz, sąsiadującym bezpośrednio z salą operacyjną. Zwykle po 5 do 15 minutach zapada chory w sen głęboki, spokojny, bez żadnego okresu podniecenia. Przenosi się go do sali operacyjnej. Źrenice są wąskie, szczęka dolna często opada do tyłu, dlatego musi być podtrzymywana chwytem Essmarcha. W tym okresie uśpienia *zupełnego* — można rozpocząć zabieg bez dodatku eteru. Jeżeli dawka Avertiny jest za mała, to w razie budzenia się chorego dołącza się lekką narkozę eterową przy pomocy aparatu Roth-Draegera, zawsze znajdującego się w sali operacyjnej, i podtrzymuje się ją aż do ukończenia zabiegu, jak długo chory reaguje. Ta forma narkozy nazywa się uśpieniem *podstawowem.* Sen trwa przeciętnie 2 — 3 godzin. Nawet gdy chory się broni lub jęczy, stwierdzamy po obudzeniu się zupełną amnezję. Przy budzeniu się nie zauważyliśmy ani jednego wypadku niepokoju, podniecenia lub wymiotów. Po ukończeniu zabiegu aż do chwili obudzenia się konieczna jest stała obserwacja chorego, zwłaszcza podtrzymywanie szczęki ku przodowi. Jest to zadanie specjalnie wyszkolonej pielęgniarki, której nie wolno ani na chwilę odstąpić od łóżka chorego. Musi ona wciąż sprawdzać tętno, od-

dechy, źrenice i wygląd uśpionego. W razie wystąpienia najmniejszego niepokojącego objawu natychmiast wzywa lekarza. Za wielką zaletę uważamy półsen, w którym chorzy znajdują się jeszcze przez kilka godzin; nazajutrz po operacji wszyscy są zawsze zupełnie przytomni.

W zestawieniu naszem olbrzymią większość stanowią kobiety. Pozostaje to w związku z przeważnie ginekologicznym materjałem operacyjnym oddziału, w którym stosowano na wielką skalę Avertinę. Najstarszy nasz chory liczył 65 lat, najmłodszy 8 lat.

Zabiegi dokonane w narkozie avertinowej u nas, przedstawiają się następująco:

| | |
|---|---|
| Operacje na przydatkach | 37 |
| Wola | 29 |
| *Appendicitis* i *perityphlitis* | 21 |
| *Ventrofixatio* (Olshausen lub inne) | 16 |
| Operacje na żołądku | 15 |
| *Amputatio uteri supravaginalis* m. Chrobak | 13 |
| Inne laparotomje | 8 |
| Zupełne wyjęcie macicy | 7 |
| Cholecystektomje | 4 |
| Różne (amputacje, resekcje, rak sutka i t. d.) | 29 |

Osób operowanych było 145, z tego mężczyzn 36. Nie zanotowaliśmy żadnego wypadku śmierci w czasie operacji, 7 chorych zmarło w kilka godzin do kilku dni po zabiegu. Wypadki te omówimy poniżej osobno.

Mamy dotychczas przy minimalnych dawkach 39% (57 przyp.) uśpienia całkowitego, w 61% (88 przyp.) trzeba było dodać — zwykle dopiero pod koniec zabiegu — kilkanaście do kilkudziesięciu $cm^3$ eteru. Dawka 0,11 na 1 kg wagi ciała daje: 36 narkoz zupełnych, 23 podstawowych. Przy dawkach mniejszych stosunek ten przesuwa się na niekorzyść uśpienia zupełnego. Materjał nasz nie pozwala nam zorjentować się co do wpływu płci i wieku na tolerancję Avertiny. Jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu trzeba było dodać nieco eteru w 9 (około 6%) przypadkach (chodziło przeważnie o alkoholików, wzgl. niemożność zatrzymania Avertiny w odbytnicy, tak, że duża część płynu wprowadzonego wyciekła zpowrotem, zmniejszając dawkę). Eter, lub bardzo rzadko eter z chloroformem dodajemy, jak wyżej wspomniałem, przy pomocy aparatu Roth-Draegera, w postaci mieszanki gazowej z czystym tlenem. Dawki nasze nigdy nie przekraczają 0,11 na 1 kg wagi ciała, często stosuje się 0,08 lub mniej, podczas gdy wielu autorów bez obawy dochodzi do 0,15. Przy dawce 0,08 nie zauważyliśmy nigdy u chorego sinicy, która przy wyższych dawkach może wystąpić i niepokoić otoczenie. Doskonałe usługi oddają nam inhalacje bezwodnika kwasu węglowego, któ-

re przyśpieszają obudzenie się. Maskę, do której doprowadza się $CO_2$ z cylindra, kładzie się na twarz chorego. Po ½ do 1 minuty oddechy stają się głębokie i wówczas maskę zdejmujemy.

Jako środek pozapłucny, Avertina wolna jest od stron ujemnych narkotyków inhalacyjnych: chory zasypia szybko i łagodnie. Lekkie podniecenie, które przeminęło zupełnie po ukończeniu zabiegu, obserwowaliśmy tylko w jednym przypadku — u alkoholika, i to dopiero po dodaniu eteru. Powikłania ze strony narządu oddechowego należą do rzadkości (nie częściej niż u chorych, operowanych w znieczuleniu miejscowem). Przy obudzeniu się brak wymiotów i całego zespołu przykrych podmiotowo stanów. Jeśli porównamy Avertinę z innemi narkotykami pozapłucnemi (np. mieszanką somnifenu, uretanu i siarczanu magnezu) — stwierdzimy jako zalety Avertiny proste, niekłopotliwe wprowadzenie, duży bardzo odsetek narkoz zupełnych, szybsze daleko odtruwanie ustroju i brak podniecenia.

Strony ujemne były przez wielu autorów bardzo silnie podkreślane. Ciężkich powikłań, jak zapalenia nerek, zwyrodnień narządów miąższowych, długotrwałego podniecenia, wreszcie nagle, tuż po rozpoczęciu narkozy występującej asfiksji, — nie widzieliśmy nigdy. Podczas obserwacji pooperacyjnej większość chorych nie skarży się wogóle na nic. Niektórym chorym dały się najbardziej we znaki wzdęcie, bóle brzucha, zaparcie stolca i bóle w kiszce stolcowej, trwające zwykle 2 — 3 dni (najdłużej — w jednym przypadku — 3 tygodnie). Obrazy te na szczęście stały się bardzo rzadkie teraz, odkąd natychmiast po ukończeniu zabiegu przemywa się odbytnicę ciepłym rumiankiem (dawniej wypuszczano tylko resztę cieczy). Trudno rozstrzygnąć, którą z tych skarg trzeba złożyć na karb zabiegu np. ciężkich operacyj w miednicy małej, albo długotrwałych laparatomij, a które sprowadziła Avertina. Z innych komplikacyj zauważyliśmy kilka razy tachykardję, trwającą 10 — 15 dni. Chodziło tu albo o ludzi osłabionych chorobą, wylewem krwi — albo też o strumektomje i resekcje, po których zawsze przez pewien czas zaznacza się chwiejność układu krwionośnego i termoregulacyjnego bez względu na rodzaj znieczulenia. W 2 przypadkach, połączonych z ciężkim bardzo wstrząsem (wydobycie przez ranę skórną wola, wzgl. ropniaka jajowodu), wystąpiła w czasie operacji zapaść, która się dała opanować.

Dla oceny wartości środka narkotycznego najważniejszą jest, oczywista, statystyka śmiertelności. Brak wypadków śmierci, spowodowanych Avertiną w naszym materjale, nie uprawnia nas jeszcze do tego, ażeby Avertinę uważać za środek idealny i zupełnie bezpieczny. Ale oszczędza ona chorym tyle przykrości, związanych z użyciem eteru, że jest to dla nas dostateczną zapłatą za zwiększone poczucie odpowiedzialności i największą ostrożność.

Ze zmarłych u nas przypadków mamy trzy, w których użycie Avertiny nie pozostaje w żadnym, nawet najodleglejszym związku z przyczyną zejścia śmiertelnego. Są to *peritonitis diffusa* po resekcji odźwiernika, *embolia arteriae pulmonalis* w 8 dni po wyjęciu macicy i krwotok wewnętrzny.

Chory l. 64. Od szeregu lat zwężenie odźwiernika. Resekcja. Zmarł kilka godzin po zabiegu. Autopsja: *cachexia ex inanitione*, zanik wszystkich narządów.

Chora l. 59. Wieczorem nagły zgon z powodu porażenia serca. Struma, długotrwały, znaczny ucisk na tchawicę. Sekcyjnie stwierdzono: otłuszczenie serca, stłuszczenie narządów miąższowych, ostrą rozstrzeń serca. Chora nie dałaby się uratować przez żadne inne znieczulenie.

Chory l. 62. *Ca ventriculi inoperabile*, straszliwe charłactwo. *Gastrojejunostomia retrocolica posterior*. Zmarł po 2 tygodniach. Sekcja: anastomoza drożna, otrzewna ścienna i trzewna pokryta cała guzkami nowotworowemi. Dołączające się pod koniec zapalenie płuc nie powoduje żadnej reakcji ustroju.

Chory l. 36. Wrzód dwunastnicy, znaczne wyniszczenie. Resekcja sposobem Billrotha II w modyfikacji Reichela. Znaczny krwotok. Mimo to chory zniósł zabieg dobrze; po 3 dniach zmarł w zapadzie. Sekcja: zanik wszystkich narządów miąższowych, *cachexia ex inanitione*.

Za wskazanie do Avertiny uważamy wszelkie przypadki operowane w uśpieniu, o ile zabieg ma trwać dłużej niż 20 minut. Brak nam doświadczenia z oszołomieniem avertinowem (*„Avertinrausch"*), wywołanem przez dożylne wprowadzenie Avertiny, a nadającem się do wykonywania krótkotrwałych zabiegów. Specjalne wskazania do stosowania Avertiny dają wzmożona pobudliwość nerwowa i schorzenia dróg oddechowych, w których eteru stosować nie można. Wręcz niezastąpiona jest Avertina przy strumektomjach, dalej przy laparotomjach i operacjach ginekologicznych.

Przeciwwskazania stanowią dla nas: obustronne schorzenia nerek, ciężkie stany wyniszczenia, choroby krwi i wreszcie niektóre choroby wątroby. W operowanych przez nas przypadkach kamieni żółciowych, względnie *cholecystitis chronica* chorzy znieśli Avertinę bez najmniejszej szkody. Stoimy teraz na stanowisku, że zwykła kamica żółciowa i zapalenie pęcherzyka żółciowego nie są przeciwwskazaniem dla Avertiny i nie stosowalibyśmy jej tylko w wypadkach znacznej redukcji miąższu wątrobowego i stanach cholemicznych. Widzieliśmy chorą ze staremi ogniskami gruźliczemi w płucach, zajęciem gruczołów oskrzelowych i świeżą sprawą gruźliczą w przydatkach — zniosła ona również dobrze narkozę avertinową. W chorobie Basedowa i Basedowoidzie przebieg narkozy i pooperacyjny był uderzająco dobry, chociaż niektórzy autorzy sprawy te uważają za ścisłe przeciwwskazanie. Wreszcie chora l. 35, pierwszy raz w ciąży, ciąża jajowodowa, ciężka anemja hiperchromatyczna (wskaźnik hemoglobiny 1,52) zniosła również nadspodziewanie dobrze narkozę avertinową.

Nakoniec wspomnieć należy, że nowy sposób usypiania zyskał sobie gorących zwolenników wśród chorych. Codziennie zgłaszają się chorzy z bliższej i dalszej okolicy, którzy koniecznej dla nich operacji chcą się poddać tylko w uśpieniu „przez lawatywę".

Dr. GIORDANO CORRADO.

# O LECZENIU OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH ZAPALEŃ DRÓG MOCZOWYCH.

(Referat według Medicina Nuova 1930, Nr. 10.).

Znaczenie hexametylenotetraminy jako środka antyseptycznego wykrył w r. 1884 *Nicolaier*, stwierdzając, że nie dopuszcza ona do amonjakalnej fermentacji moczu i hamuje rozwój prątka okrężnicy. Od tego czasu stosuje się hexametylenotetraminę dla leczenia chorób dróg moczowych. *Minet* (Rev. Mal. du foie, pan. et rat. 1929, Nr. 3.) osiągnął zapomocą hexametylenotetraminy wyleczenie w 78% przypadków nieżytu pęcherza moczowego na tle prątka okrężnicy, w 17% zaś stwierdził znaczną poprawę. *Duthoit* w doświadczeniach in vitro potwierdził skuteczność działania odkażającego hexametylenotetraminy, które nie uzależnia on jednak, jak to czyni większość badaczów niemieckich, od formaldehydu powstającego podczas rozszczepienia, lecz raczej od działania związku chemicznego jako całości. Hexametylenotraminę stosowano często również dożylnie przy nieżytach pęcherza na tle bacterium coli, przyczem wyniki okazywały się poprostu znakomite. Również i *Corrado*, stosując hexametylenotetraminę dożylnie, stwierdzał doskonałe rezultaty tego sposobu leczenia; często musiał on jednak zaniechać wstrzykiwań dożylnych, gdyż wywoływały one niejednokrotnie krwiomocz, białkomocz oraz obecność wałeczków. U jednego chorego doszło nawet do zupełnego bezmoczu. *Blanch* (Presse Médicale 1928) ostrzegał niedawno przed nadużywaniem wstrzykiwań dożylnych z powodu możliwości zatorów płucnych. Z powodu tych powikłań należy zaniechać stosowania dożylnego, niema natomiast powodu nie stosowania wogóle tak skutecznego preparatu. Stosowania dożylnego można się wyrzec tem łatwiej, że *E. Albano* (Rivista Ital. di ginecologia, Volume 1, Nr. 6) stwierdził, iż wydzielanie podanej doustnie hexametylenotetraminy odbywa się coprawda o wiele wolniej, lecz że ogólna wydzielona ilość wcale nie jest mniejsza niż przy stosowaniu dożylnem. *Voit* (M. m. W. 1927, Nr. 44) stwierdził, że przy wstrzykiwaniu dożylnem hexametylenotetramina wydziela się również przez żołądek, wątrobę i nerki, to znaczy tą samą drogą, co i przy podawaniu doustnem. Można przeto przyjąć, że znacznie wolniejsze wydalanie umożliwia dłuższe zadziałanie hexametylenotetraminy względnie formaldehydu. Wobec tego zaś, że jak to wielokrotnie już stwierdzono, działanie hexametylenotetraminy zależy w znacznym stopniu od stężenia jonów wodorowych, autor wybrał jako preparat hexametylenotetraminowy Helmitol, będący połączeniem hexametylenotetraminy z nie drażniącym kwasem (anhydrometyleno-cytrynian hexametylenotetraminy). Po podaniu Helmitolu *Corrada* mógł wielokrotnie wykazać w moczu obecność formaldehydu

zapomocą łatwej metody *Rolpha Stockmana* (Edinburgh med. Journ. 1929, Nr. 7.). Technika *Stockmana* jest następująca:

7 cm³ świeżego moczu i około 4 cm³ 1%-owego roztworu floroglucyny wlewamy do starannie oczyszczonej próbówki. Do mieszaniny tej dodajemy 20 kropel 30%-owego roztworu ługu sodowego. W razie obecności formaldehydu występuje zabarwienie mocno czerwone. Odczyn wypada dodatnio nawet przy najmniejszych śladach formaldehydu. U dwóch chorych odczyn wypadł niewyraźnie; byli to chorzy z czerwiami jelitowemi, którzy zażywali Askaridol (ambrozoidyna, peletieryna). Dalsze badania wykazały, że mocz zawierający formaldehyd daje w obecności tych związków zabarwienie mętno-fioletowe.

Na zakończenie autor przytacza dwie historje chorób, mogące służyć jako przykłady doskonałego działania Helmitolu:

1. M. C., chora na dur brzuszny. Codziennie dwa wstrzykiwania dożylne hexametylenotetraminy, poczem następuje widoczna poprawa, lecz mocz zawiera krew, szkliste wałeczki i 4‰ białka. Hexametylenotetraminę odstawiono na jeden dzień, a następnie chora zaczęła zażywać Helmitol doustnie. Mocz: odczyn *Stockmana* dodatni w próbach po 3 kwadransach, po 1 godzinie oraz ostatecznie w 16 godzin po zażyciu Helmitolu. Po dłuższem stosowaniu Helmitolu wyraźna poprawa stanu chorej i jednocześnie ustąpienie objawów nerkowych.

2. C. de A., ciąża w 4-ym miesiącu. Nieżyt pęcherza moczowego na tle zakażenia prątkiem okrężnicy oraz zapalenie pęcherzyka żółciowego, gorączka i silna żółtaczka. Po 5 dożylnych wstrzyknięciach hexametylenotetraminy zmniejszenie się objawów zakaźnych, natomiast wzrost zawartości białka w moczu. Odstawienie leczenia dożylnego i podawanie Helmitolu Bayera. Odczyn *Stockmana* po 1 godzinie i w 23 godziny po ostatniem podaniu leku dodatni. Stan moczu poprawiał się stopniowo, gorączka ustąpiła i równocześnie, chociaż powoli, zmniejszała się żółtaczka i związane z nią dolegliwości podmiotowe i przedmiotowe.

Na podstawie powyżej przytoczonych typowych przykładów oraz bardzo wielu analogicznych spostrzeżeń, *Corrado* dochodzi do wniosku, że Helmitol jest istotnie idealnym preparatem hexametylenotetraminy, który nie wywołuje żadnych niebezpiecznych objawów ubocznych, występujących częstokroć w nerkach wskutek szybkiego wzrostu stężenia hexametylenotetraminy po jej dożylnem wstrzyknięciu.

**Dr. M. WEBER, Monachjum.**

# O LECZENIU RZEŻĄCZKI TRYPAFLAVINĄ.

(Referat według Der Praktische Arzt, 1930, Nr. 18.).

*Weber* stosuje Trypaflavinę przy rzeżączce już od 1927 roku i osiąga przy jej pomocy znaczne skrócenie czasu leczenia. Naogół wstrzykiwano Trypaflavinę dożylnie co drugi dzień w dawce 5 cm³. Jako objawy działania ubocznego występowały czasami, jedynie przy 1-szem lub 2-giem wstrzyknięciu, mdłości oraz przemijające bicie serca, wobec czego jako dawkę początkową stosowano w zależności od konstytucji chorego 3,5 —

4 $cm^3$. Zabarwienia skóry nie spostrzegano ani razu; dla wszelkiej ostrożności jednak zalecano chorym w miesiącach letnich, aby po wstrzyknięciu nie wystawiali się nadmiernie na bezpośrednie działanie promieni słońca. Przykrego zielonego zabarwienia bielizny unikano w ten sposób, że zalecano chorym, aby nosili pod napletkiem kawałek waty lub też posługiwali się suspensorjum.

Przy rzeżączce przedniej części cewki Trypaflavina, którą przez dłuższy czas stwierdza się w słabem stężeniu w moczu, nie dopuszcza przeważnie do przejścia sprawy zapalnej na część tylną. Jednocześnie czas leczenia rzeżączki wyłącznie części przedniej okazuje się krótszy, co zależy, prawdopodobnie, od bezpośredniego działania wstrzykniętej dożylnie Trypaflaviny na znajdujące się w dobrze ukrwionej śluzówce gonokoki.

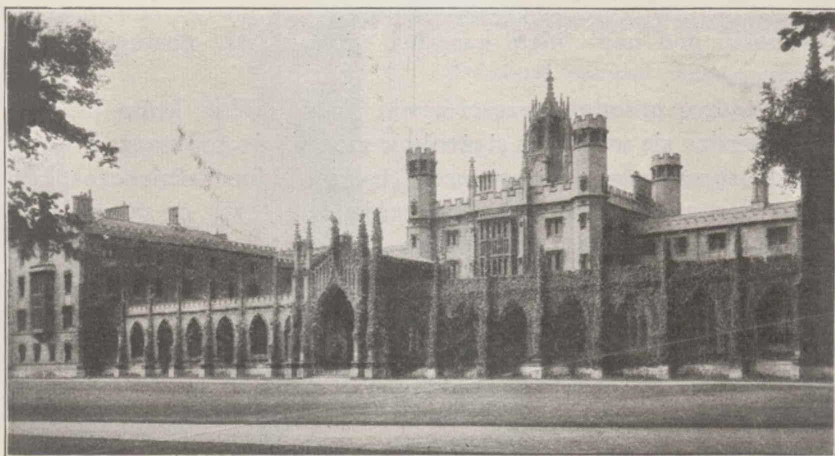
Rzadkie przypadki niepowodzenia, przy przezroczystej drugiej porcji moczu, tłumaczy *Weber* okolicznością, że pomimo odmiennego wyniku próby moczowej rzeżączka przeszła już na część tylną lub na gruczoł krokowy. Wyraźne działanie na rzeżączkę tylnej części cewki i na gruczoł krokowy występowało nie zawsze. Na nie poddające się wpływowi Trypaflaviny nacieczenia części przedniej i objawy pozacewkowe należy wówczas zadziałać zapomocą odpowiedniego leczenia miejscowego. Bardzo dobrze działa Trypaflavina również i w przypadkach porzeżączkowych nieżytów cewki. Ogólna liczba mężczyzn leczonych przez *Webera* Trypaflaviną wynosiła 41, w tem 19 z powikłaniami: nacieczenia, zapalenia dróg pozacewkowych, zapalenia gruczołu krokowego i t. d. oraz 22 z rzeżączką wyłącznie części przedniej. U tych ostatnich przeciętny czas leczenia aż do prowokacji, którą wywoływano mechanicznie i zapomocą dożylnych wstrzykiwań szczepionki, wynosił 21 dni. Po prowokacji zawsze stosowano staranne leczenie następcze. Od czasu stosowania Trypaflaviny *Weber* zaniechał zupełnie bardzo niepewnego leczenia poronnego, które, jak wiadomo, udaje się bardzo rzadko, a gdy zawodzi, to poza straconym czasem próby leczenia poronnego wymaga zawsze jeszcze leczenia dłuższego.

Ze względu na to, że przy ostrej rzeżączce części przedniej Trypaflavina skraca czas trwania leczenia i chroni przed przejściem sprawy chorobowej na część tylną i dalej, oznacza ona zasadniczy postęp w leczeniu rzeżączki.

# CHEMJA KOLOIDALNA W BIOLOGJI.

Faraday-Society (Angielskie Towarzystwo Chemiczno-Fizyczne) urządziło w ubiegłym roku godną uwagi próbę zwołania znakomitych uczonych różnych fakultetów dla omówienia zagadnień współczesnej biologji. W tym celu przy współudziale licznych angielskich towarzystw naukowych urządzono w końcu października zjazd w Cambridge pod hasłem: „Zastosowanie chemji koloidalnej w biologji". Na zjazd ten zaproszono wielu słynnych badaczów z całego świata. (Między innymi byli obecni: *F. G. Donnan*, Londyn; *Faure-Fremie*, Paryż; *R. A. Gortner*, Minnesota; *W. B. Hardy*, Cambridge; *A. V. Hill*,

Londyn; *H. R. Kruyt*, Utrecht; *Wo. Ostwald.* Lipsk; *Wo. Pauli*, Wiedeń; *The Svedberg*, Upsala). Pierwsza część posiedzenia odbyła się pod przewodnictwem *W. B. Hardy'ego* i była poświęcona tematowi: „Stany równowagi w układzie białkowym". Odczyty *Hilla*,



Cambridge: St. John's College, założone w r. 1511.

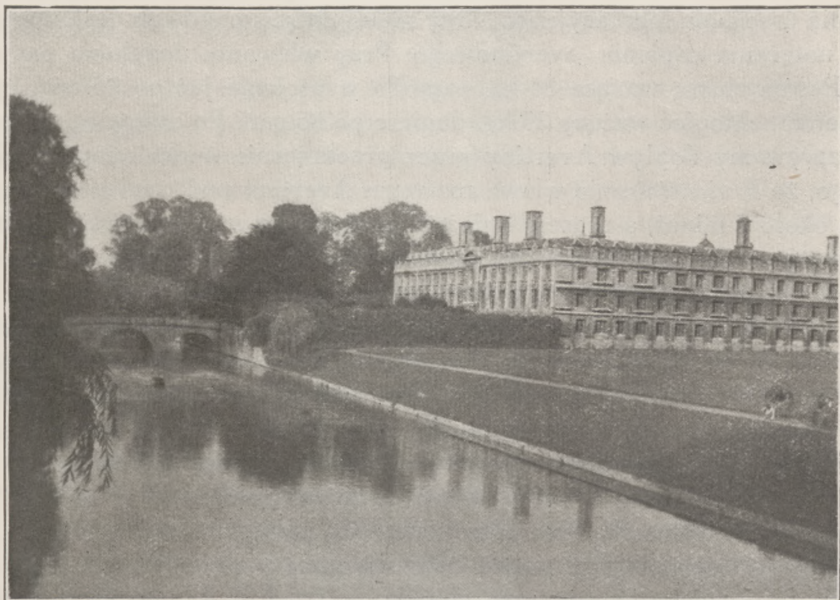
*Gortnera*, *Pauli'ego* i innych posłużyły za podstawę do nadzwyczaj ożywionej dyskusji o sposobach wiązania wody w liofilnych koloidach i o przyczynach różnic ciśnienia osmotycznego wewnątrz i zewnątrz żyjącej komórki. Wielkie zainteresowanie wywołały prace *The Svedberga*, który jak wiadomo, zbudował ultrawirówkę, umożliwiającą określanie wagi drobinowej i współczynnika sedymentacji cząsteczek białkowych; pozwala nam to ustalić pewne dane, dotyczące wielkości i postaci drobiny. *Svedberg* już w r. 1927 wykazał, że wiele ciał białkowych wytwarza w zakresie określonego *Ph* drobiny o pojedyńczej dyspersji. Ciężar cząsteczkowy tych drobin wynosi 34500 lub też wielkość 1,2, 3 lub 6-krotną. *Svedberg* zbadał wiele różnych ciał białkowych i dla każdego określił *Ph*, przy którem białka te wytwarzają trwałe sole o pojedyńczej dyspersji. Gdy *The Svedberg* w związku z temi cząsteczkami o pojedyńczej dyspersji mówił o „drobinach" i „wadze drobinowej", wytworzył się bardzo ożywiony spór. Zwłaszcza *Kruyt* uważał



Cambrige: Widok z Trinity Bridge na St. John's College.

określenie „agregaty" ze względu na łatwą rozszczepialność za odpowiedniejsze, przyznano jednak następnie, że dokładne ustalenie różnicy między drobinami i agregatami przy tego rodzaju wysokocząsteczkowych związkach dotychczas jeszcze nie jest możliwe.

„Budowa żyjącej materji" — oto był temat licznych odczytów i dyskusji drugiej części zjazdu. *F. G. Hopkins* zapoczątkował dyskusję krótkim wykładem historycznym,



Cambridge: Clare College and Bridge.

w którym podniósł przedewszystkiem zasługi *W. B.Hardy'ego* i *Wo. Pauli'ego* jako twórców chemji fizykalnej ciał białkowych. Odczyty wygłaszane jako materjał do dyskusji, dotyczyły warunków umożliwiających rozwój żyjących komórek in vitro, sposobu powstawania ruchów pełzakowych komórek, punktu izoelektrycznego komórek i tkanek i wielu innych zagadnień.

Ze względu na nadspodziewanie wielki zjazd uczestników trzeba było przenieść posiedzenia z sali wykładowej Cavendish Laboratorjum do Zakładu Botanicznego. Spacery po wspaniałym parku otaczającym czcigodne „Colleges" umożliwiały zasłużony odpoczynek po wyczerpującej pracy naukowej i dalszą wzajemną wymianę myśli.

*Dr. A. PETERS, Düsseldorf.*

**Dr. WALDEMAR FREIENSTEIN, Szpital Powiatowy w Fuldzie.**

# O DOŻYLNEJ NARKOZIE AVERTINOWEJ według KIRSCHNERA.

Referat według Kli. Wo. 1930, Nr. 16.).

W roku ubiegłym *Kirschner* ogłosił swe wyniki stosowania dożylnej narkozy avertinowej. Rozumie się samo przez się, że nie można stosować przy tym sposobie postępowania tych dawek, które się wprowadza per rectum,

lecz wstrzykuje naogół tyle cm³ 3%-owego roztworu Avertiny, ile kg chory waży. Zapomocą specjalnego aparatu, wyrabianego przez C. Erbego w Tubindze, wlewa się roztwór Avertiny do żyły, podczas gdy chory jeszcze leży w łóżku. Uprzednio wstrzykuje się 0,01 g morfiny. Z chwilą gdy pacjent zaśnie, przedłuża się narkozę eterem. W ten sposób unikamy przykrego wrażenia usypiania inhalacyjnego. Przy małej dawce możliwem jest stopniowanie natężenia uśpienia avertinowego. Przy wlewaniu dożylnem pacjent liczy. Pewna chora, ważąca 54 kg, zapadła w uśpienie już po 25 cm³, inny zaś pacjent, chłopiec ważący 25 kg, dopiero po 85 cm³. Po osiągnięciu uśpienia przerywamy dopływ Avertiny przez przekręcenie kurka aparatu. Wobec tego, że *Freienstein* nie wlewa roztworu Avertiny pod ciśnieniem, przechodzi około 3 minut, a czasem i nieco więcej, zanim uśpienie nastąpi; przy korzystaniu z aparatu *Kirschnera* narkoza następuje przeciętnie po 45 sekundach, a czasem nawet już po 20 — 30 sekundach.

W „rauszu" avertinowym można dokonywać krótkotrwałych zabiegów operacyjnych: nacięcia zanokcicy lub ropnia, eksartykulację palca, amputację kończyn, operację hemoroidów, skrobankę, operację stulejki, nastawienie złamań kostnych oraz zwichnięć stawowych, wycięcie żebra i t. d. Naogół odurzenie avertinowe trwa 3 do 6 minut, czasami zaś nawet do 11 minut. *Freienstein* wykonał dotychczas w rauszu wyłącznie avertinowym 180 mniejszych operacyj. Bóle głowy, mdłości i wymioty nie wystąpiły po obudzeniu ani razu. Pacjent przed operacją nie musi pozostawać naczczo. Również i natychmiast po przebudzeniu wolno mu jeść lub pić. Kilkakrotne powtarzanie odurzenia Avertiną bywa przez chorych dobrze znoszone. Pewnego pacjenta w starszym wieku i w bardzo upośledzonym stanie ogólnym operowano w odurzeniu Avertiną z powodu ropnego zapalenia uda pięciokrotnie. Wszystkie 5 zabiegów minęło bez żadnych objawów następczych. W żadnym zresztą przypadku nie spostrzegano w związku z uśpieniem żadnych trwałych uszkodzeń narządów. Jedynie w nielicznych przypadkach znajdywano w ciągu pierwszego dnia czerwone krwinki w moczu. Na początku stosowania Avertiny wystąpiły u 3 pacjentów jednorazowe dreszcze, których powodu nie można było jednak ustalić. W 3% wytworzył się zakrzep w żyle ramieniowej, który w 3 przypadkach sięgał do pachy i objął również obie żyły przedramienia aż do stawu dłoniowego. Przy starannem wstrzykiwaniu do światła żyły i przy unikaniu naruszenia ścian żyły, powikłanie to zdarzyć się nie powinno. W jednym przypadku nakłuto zamiast żyły tętnicę łokciową, co wywołało ciężką martwicę tkanek. Niewielkie ilości Avertiny, wstrzyknięte poza żyłę, nie wywołują naogół, jak to już zauważył *Kirschner*, ani uszkodzeń ani bólów. Ogółem spostrzeżenia *Freiensteina* dotyczą 600 przypadków narkozy avertinowej i to zarówno wyłącznie odurzenia jak i zapoczątkowania uśpienia eterowego. Na podstawie swego doświadczenia *Freienstein* dochodzi do wniosku, całkowicie zgodnego z wnioskiem *Kirschnera*, że dożylne uśpienie avertinowe przed-

stawia rodzaj narkozy, która przedewszystkiem znakomicie oszczędza stan psychiczny pacjenta, a następnie daje się łatwo stopniować i jest w związku z tem zupełnie bezpieczna.

Dr. H. KIENAST, Klinika Mellina. Tartu (Dorpat), Estonja.

# KILKA SZCZEGÓŁÓW W SPRAWIE NOVALGINY.

Stosowałem Novalginę jako środek przeciwgorączkowy przedewszystkiem u gorączkujących gruźlików, następnie jako środek przeciwbólowy po nakłuciu lędźwiowem i jeden raz podczas porodu. Obniżanie się ciepłoty pod wpływem Novalginy zasługuje na szczególną uwagę, gdyż utrzymuje się ono częstokroć jeszcze przez dłuższy czas po odstawieniu środka. Chorzy czują się znacznie lepiej i sami żądają podawania im nadal tego leku. Początkowo podawaełm kilka razy dziennie po całej tabletce, obecnie przeszedłem do bardzo małych dawek pojedyńczych po 0,1 g, które podaję na początku kuracji 10 — 15 razy dziennie, poczem stopniowo w miarę możności dawkę dobową zmniejszam. Uważam ten sposób stosowania za skuteczniejszy i oszczędniejszy.

Z przebiegu porodu, zresztą zupełnie normalnego, przy którym zastosowałem dla zmniejszenia odczuwania bólów Novalginę, byłem nadzwyczaj zadowolony. Ogółem wstrzyknąłem w okresie rozwierania 2 ampułki, a podczas wydalania 1 ampułkę. Bóle nie ustąpiły coprawda zupełnie, lecz zmniejszyły się do natężenia łatwego do zniesienia. Objawów działania ubocznego ani następczego nie było. Chora zniosła wstrzykiwania bez żadnych dolegliwości.

Prof. VAN DER REIS, Szpital Miejski w Gdańsku.

# SKURCZ ODŹWIERNIKA I NIEŻYT KISZEK.

(Referat według D. m. W. 1929, Nr. 42.).

Autor opisuje historję choroby pewnego 25-letniego mężczyzny, który skarżył się na mdłości, pełność po jedzeniu i wymiotowanie potrawami spożytemi poprzedniego dnia. Prawdopodobne rozpoznanie brzmiało: wrzód okołoodźwiernikowy. Badanie krwi wykazało 5% komórek eozynochłonnych. Krwawień utajonych nie było. W wymiocinach brak wolnego kwasu solnego. Również i przy powtarzanem kilkakrotnie sondowaniu żołądka po próbnem śniadaniu nie znaleziono wolnego kwasu solnego. Wstrzyknięcie histaminy zwiększyło ilość soku żołądkowego, wytwarzanie się kwasu natomiast pozostało bardzo nieznaczne. W górnym odcinku jelit cienkich stwierdzono Ph = 7,3 (norma 6,28), w odcinku średnim Ph = 7,6 (norma 6.46), w odcinku dolnym Ph = 8,4 (norma 6,79). W górnym odcin-

ku znaleziono na bezpośrednim preparacie liczne drobnoustroje gramo-dodatnie i gramo-ujemne, bardzo liczne lamblje, wiele zasadowego usianego leukocytami śluzu, barwiące się jodem resztki pokarmowe. W odcinku średnim flora bakteryjna była równie obfita (przeważnie gramo-ujemna), poza tem resztki pokarmowe, zwłaszcza węglowodany, bardzo mało śluzu; lamblji nie było. — Fermenty: górny odcinek kiszek cienkich: trypsyna +, diastaza+, lipaza+; odcinek średni: trypsyna+, diastaza+, lipaza+; odcinek dolny: trypsyna+ —, diastaza—, lipaza+. Hodowla: prątków pozajelitowych brak. Wynik badania: znaczne ilości Lamblia intestinalis tylko w górnych odcinkach, w których stwierdza się również obfity sokotok. Odczyn silnie zasadowy, wyraźne objawy nieżytu dwunastnicy i jelita czczego, bez zapalenia jednak jelita krętego; nadmierne rozmnażanie się zwykłej flory jelitowej z nieprawidłowem przenikaniem drobnoustrojów gramo-ujemnych do odcinków wyższych. Również i w pęcherzyku żółciowym stwierdzono obecność kilku lamblji. Badanie rentgenowskie nie wykazywało objawów owrzodzenia, stwierdzono natomiast skurcz odźwiernika bez zwiotczenia mięśniówki żołądka. Atropina i papaweryna nie okazywały na skurcz prawie żadnego wpływu.

Leczenie polegało na przepłókiwaniu dwunastnicy 0,1‰-owym roztworem Rivanolu w ilości do 700 $cm^3$, które stosowano naprzemian z przepłókiwaniami Yatrenem 105 oraz na przemywaniach kiszek roztworami soli kuchennej lub węglanu wapnia. Dla oczyszczenia pęcherzyka żółciowego od lamblji wlewano do dwunastnicy oliwę, roztarte żółtka, pepton, $MgSO_4$ lub wstrzykiwano decholinę. Ilość lamblji odrazu znacznie się zmniejszyła. Przy częstych badaniach kontrolnych nie stwierdzano później już wcale obecności lamblji, zaś objawy nieżytu kiszek cienkich cofnęły się zupełnie. Wymioty i bóle zmniejszyły się. Po przywróceniu prawidłowych stosunków w górnym odcinku kiszek cienkich również i wytwarzanie się kwasu solnego w żołądku wróciło do normy.

Mieliśmy więc do czynienia z chorym, u którego pomimo zasadowego odczynu zawartości kiszek cienkich i braku wolnego kwasu solnego w żołądku — czyli bez odruchu kwaśnego — stwierdzało się silny skurcz odźwiernika, zależny, prawdopodobnie, od nieżytu dwunastnicy i jelita cienkiego.

Co się tyczy lamblji, to jeżeli one nawet nie wywoływały zapalenia, to z pewnością je podtrzymywały.

U dwóch innych chorych, dotkniętych lambljozą, zmiany były wprost przeciwne: stwierdzało się gwałtowne opróżnianie żołądkowe i przyśpieszenie przejścia treści pokarmowej przez kiszki. U jeszcze innego chorego z wewnątrzpochodnem zakażeniem jelitowem znaleziono w górnym odcinku kiszek cienkich przeważnie drobnoustroje proteolityczne. Wydzielanie jelitowe było zmniejszone, odczyn był zasadowy. Opróżnianie żołądkowe przyśpieszone. Ze spostrzeżeń tych *Van der Reis* wyciąga wniosek, że nie

zasadowy odczyn kiszek cienkich ani zaburzenia wydzielania żołądkowego powodują skurcz odźwiernika, lecz jedynie nieżyt kiszek, może zresztą w związku z ich zasadowym odczynem.

**Prof. dr. JULJUSZ K. MAYR, Monachjum.**

# O PRYSZCZYCY.

(Referat częściowy z podręcznika chorób skórnych i wenerycznych, Monachjum, 1930.).

Pryszczyca jest to zapalenie powierzchownych warstw skóry, wyróżniające się niezwykłą różnorodnością objawów: obrzmienie, zaczerwienienie, wytwarzanie guzków, pęcherzyki, sączenie, łuszczenie, strupy i krosty. Poszczególne okresy — Stadium papulosum, vesiculosum, madidans, squamosum et crustosum — stwierdza się często jednocześnie. Pryszczyca może się rozpocząć od każdego poszczególnego okresu i może się cofnąć bardzo szybko bez wytwarzania dalszych okresów, może jednak również przejść kolejno przez wszystkie stadja. Przy przewlekłej pryszczycy panuje nad obrazem chorobowym suche wytwarzanie guzków i łuszczenie. Często się zdarza, że pryszczycę przewlekłą przerywają okresy ostre; przy długoletniem trwaniu przewlekłej pryszczycy skóra podlega głębokim zmianom z wytwarzaniem niebiesko-brunatnych, jakby starych guzków. Powstaje w ten sposób obraz przewlekłego liszaja typu Vidala, czyli skóra ulega tak zwanemu zliszajowaceniu. W porównaniu z okresem ostrym zmiany skóry zliszajowaconej są wybitnie jednostajne i ostro odgraniczone od skóry zdrowej.

Pryszczyca może wystąpić na każdem miejscu skóry, najczęściej jednak występuje na rękach, na przedniej części przedramion i na twarzy. Rozszerzanie się sprawy chorobowej może następować w łączności z pierwotnem ogniskiem, może się jednak również odbywać zdala od niego. Przeważnie spostrzega się pewną symetrję wykwitów. W zależności od umiejscowienia, pryszczyca wykazuje pewne cechy szczególne. Jako odrębne odmiany pryszczycy należy wymienić pryszczycę pęcherzykową i łojotokową.

Pryszczyca po wyleczeniu nigdy nie pozostawia blizn, również i zmiany barwnikowe należą do rzadkości. Jedynie początkowo skóra jest jeszcze lekko zaczerwieniona. Przy długoletniem trwaniu pryszczycy mogą się wytworzyć nacieczenia i zgrubienia o cechach słoniowacizny.

Przy rokowaniu pryszczycy należy być zawsze bardzo ostrożnym, gdyż chorobę cechuje skłonność do nawrotów.

Jako powody pryszczycy uważa się czynniki zarówno zewnętrzne jak i wewnętrzne; szkodliwości zewnętrzne mogą być bardzo różnorodne. Szczególną nadwrażliwość skóry stwierdza się zapomocą wstrzykiwania wodnych lub eterowych wyciągów podejrzanych związków. Również i zaburzenia przemiany materji mogą wywołać pryszczycę. Skłonność do pry-

szczycy bywa wrodzona lub nabyta i może się odnosić tylko do jednego określonego czynnika lub do wielu różnych czynników. Usposobienie może być przemijające lub stałe. Leczenie zasadnicze możliwe jest tylko wtedy, gdy udaje się usunąć przyczynę pryszczycy. Przy pryszczycy zawodowej może być czasem niezbędną zmiana zawodu. Gdy nie jesteśmy w stanie określić przyczyny, należy wówczas leczyć chociaż objawowo, zawsze jednak ściśle indywidualnie. Należy usunąć wszystko, co może nadal okazywać na skórę wpływ szkodliwy. Maści bywają początkowo źle znoszone, później można jednak przeważnie przejść do maści chłodzących. Okłady wilgotne należy zmieniać kilka razy dziennie; okłady z maści co 24 godziny. Przy pryszczycy grudkowej można w razie obecności miejsc sączących dotykać skóry alkoholem, a następnie posypać pudrem lub zastosować pastę cynkową, później maść cynkową, przyczem jednak na częściach owłosionych należy pasty unikać. Dla leczenia okresu pęcherzykowego wchodzą w rachubę wilgotne okłady, przy pryszczycy sączącej dotykanie 2%-owym azotanem srebra z następowemi wilgotnemi okładami lub okładami z oliwy cynkowej względnie wapniowej. W razie obecności licznych łusek lub strupów stosuje się przez kilka dni Unguentum diachylon. Gdy podrażnienie skóry już nie jest tak silne i stwierdza się jedynie jeszcze suche grudki i łuski, wówczas leczy się dziegciem. Początkowo stosuje się go tytułem próby w bardzo małych dawkach na ograniczonej przestrzeni. *Mayr* proponuje, aby dodawać dziegieć jako Oleum rusci kroplami do pasty lub maści cynkowej, zwiększając dawkę aż do 10% pasty cynkowej, następnie smarować Tinct. rusci z pudrem, a na to pastę dziegciowo-cynkową. Zbyt wczesnego pendzlowania dziegciowego należy jednak unikać. Można również rozpocząć od ichtjolu, a następnie stosować w dalszym ciągu dziegieć. Przy silnem swędzeniu należy dodać do maści 10% Bromocollu lub 5% Anaesthesiny, przy silniejszych zaś objawach wysiękowych Suprareninę. Po wyleczeniu pryszczycy należy znowu przyzwyczaić stopniowo skórę do wody, której dotychczas trzeba było unikać; początkowo mycie bez mydła, lekkie wysuszanie i natychmiast smarowanie, później mydło i po lekkiem wysuszeniu znowu natychmiast tłuszcz. Okłady z maści można przez pewien czas jeszcze stosować. Przy niektórych postaciach pryszczycy wskazane są mniej więcej półgodzinne kąpiele z nadmanganianu potasu lub rumianku. Przy pryszczycy głowy wskazanem jest uprzednie rozmiękczanie zapomocą oliwy. Po ustaniu sączenia stosuje się 5%-owe Ungt. praecipitat. album., przy pryszczycy modzelowatej 10%-ową maść salicylową lub plaster salicylowy. Przy pryszczycy u dzieci bardzo pomyślny wpływ okazuje często 2%-owa maść cynkowo-tranowa. Przy pryszczycy z odparzenia posypuje się obficie pudrem, a przy pryszczycy narządów płciowych stosuje się 5%-ową pastę kalomelowo-cynkową. Pryszczyca łojotokowa reaguje najlepiej na 5 — 10%-owe maści siarkowe, podczas gdy pryszczycę pęcherzykową leczy się nadmanganianem potasu lub 10%-owym pudrem formalinowym. Na na-

świetlania rentgenowskie postacie przewlekłe reagują przeważnie bardzo dobrze, a zwłaszcza pryszczyca rąk, pęcherzykowa i narządów płciowych (według *E. Hoffmanna* stosuje się 5 razy co 10 — 12 dni 0,5 mm Al.). Bardzo ważnem okazuje się często uregulowanie diety i przemiany materji, zwłaszcza u dzieci, u których nierzadko pryszczyca jest jedynie objawem nieprawidłowego odżywiania. U dzieci należy przedewszystkiem unikać przekarmiania i podawać mało mięsa i jaj. U dorosłych należy unikać ryb, potraw wędzonych, kapusty i sera. Poza tem pożywienie powinno zawierać możliwie jaknajmniej soli. W poszczególnych przypadkach stosowano z powodzeniem również i wstrzykiwania mleka lub terpentyny oraz preparatów wapniowych.

**Dr. W. BLUMENTHAL, Szpital Ewangelicki w Koblencji.**

# W SPRAWIE PATOLOGJI I TERAPJI WYMIOTÓW.

(Referat według Med. Klin. 1930, Nr. 22.).

U chorych, którzy wymiotują uporczywie przez dłuższy czas, występuje prawie zawsze w moczu aceton i kwas acetooctowy. Po ustaniu wymiotów ketonowe ciała szybko znikają. *Blumenthal* stwierdził to w przypadkach wymiotów różnego pochodzenia (wymioty ciężarnych, wymioty pochodzenia psychicznego w przypadku urojonej ciąży, wymioty toksyczne na tle zakażenia ogólnego, wymioty po uśpieniu i wymioty w związku z crises gastriques). Wymioty trwały zwykle już pewien czas, conajmniej 12 godzin. Gdy utrzymywały się one jeszcze dłużej, wówczas ilość ciał acetonowych była tak duża, jak tylko przy ciężkiej cukrzycy. O wymiotach z acetonemją u dzieci wiadomo już oddawna, że między przeładowaniem ustroju acetonem i tak trudnemi do powstrzymania wymiotami istnieje wzajemna zależność. Według *Blumenthala* i innych, związki acetonowe drażnią ośrodek wymiotny. Przy wytwarzaniu się ciał acetonowych odgrywa z pewnością ważną rolę niedostateczna ilość wody i węglowodanów. Wiadomo, że aceton występuje w moczu również i przy głodzeniu, przy którem zresztą stwierdza się mdłości i wymioty; przy zalecaniu głodówki ze względów leczniczych, ketonurja nie występuje, jeżeli dozwalamy na picie płynów zawierających węglowodany. Z rozważań tych *Blumenthal* wyciąga wniosek, że każdy przypadek silnych i długotrwałych wymiotów, wszystko jedno jakiego pochodzenia, może wreszcie przybrać charakter wymiotów acetonemicznych, w razie bowiem trwania wymiotów przez pewien czas, występuje głód i pragnienie, zapasy glikogenu zostają zużyte i ciała acetonowe zaczynają krążyć we krwi. Aceton zaś drażni ośrodek wymiotny i błędne to koło można przerwać jedynie przez dostarczenie wody i węglowodanów. Przeciwko wymiotom stosuje się już oddawna mieszaninę kwasu solnego z pepsyną i syropem z dodatkiem środka dla poprawienia smaku. *Blumenthal* próbo-

wał początkowo zastąpić tę miksturę częstem podawaniem kwasu solnego, który uważał za środek przeciwwymiotny. Wynik okazał się jednak ujemny, jak to zresztą na podstawie powyższych rozważań można było przewidzieć, gdyż nie HCl albo pepsyna, lecz zawarty w miksturze cukier zwalczał ketonemję i usuwał w ten sposób wymioty. Z tych właśnie względów należy w przypadkach z długotrwałemi, uporczywemi wymiotami, dla ochrony przed zubożeniem w węglowodany, stale zalecać cukier i podawać go albo dożylnie albo w lawatywach. Zagadnienie, czy insulina jest wskazaną, wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń. W każdym jednak razie jest bardzo pożądanem, aby chorym, u których prawdopodobnie nastąpiło zubożenie w węglowodany (po przebytej świeżo operacji, przy krwawiących wrzodach żołądkowych, po wstrząsie i t. d.), podawać dożylnie lub w lawatywach cukier gronowy. W codziennej praktyce stosowanie lawatyw natrafia jednak często na trudności z powodów zewnętrznych i należy wówczas leczyć wymioty w inny sposób, najlepiej przez zmniejszenie lub zupełne zniesienie pobudliwości ośrodka wymiotnego. Po osiągnięciu tego należy jeszcze usunąć ketonemję przez doustne podanie łatwo wchłanialnych węglowodanów. Najodpowiedniejszym lekiem dla zmniejszenia pobudliwości ośrodka wymiotnego jest Luminal, który stosuje się albo w postaci czopków z Luminal-Natrium, albo wstrzykuje się domięśniowo. Przy właściwem dawkowaniu wymioty ustają i wówczas można już podawać wodę słodzoną, wodę z miodem lub z sokiem owocowym. Oto dwa przykłady:

1. 14-letnie dziecko. Operacja radykalna ucha środkowego. Dla plastyki po wydłutowaniu lekkie uśpienie. Od 36 godzin wymioty. Żadnych oznak zaburzeń wewnątrzczaszkowych, ani objawów zapalenia opon mózgowych lub ropnia mózgu. Z ust czuje się zapach acetonu. Próby na aceton i kwas acetonowy w moczu wybitnie dodatnie. Czopki z Luminal-Natrium po 0,15 g. Wymioty ustają. Doustnie sok malinowy. Wymioty już się nie powtarzały. Szybka poprawa.

2. Panna N., lat 63. Zapalenie miedniczek nerkowych z wysoką gorączką. Od 4 dni wymioty. W moczu ciała acetonowe w znacznej ilości. 1 $cm^3$ roztworu Luminalu domięśniowo, doustnie sok owocowy. Wymioty szybko ustają, ciała acetonowe w moczu, pomimo utrzymywania się nadal gorączki, znikają bez śladu.

Streszczenie: W każdym przypadku dłużej trwających wymiotów dochodzi głównie z powodu braku węglowodanów do ketonemji, która następnie może wtórnie podtrzymywać wymioty. Leczniczo zaleca się dostarczenie ustrojowi szybkowchłanialnych węglowodanów, ewent. po usunięciu skłonności do wymiotów zapomocą Luminalu. Zapobiegawczo należy u osób skłonnych do ketonemji dbać o dostateczny dowóz węglowodanów. Dotyczy to zwłaszcza chorych po uśpieniu, po przebytej świeżo operacji i osobników głodujących.

Dr. FRYDERYK SCHNECK, Szpital Juljusza w Würzburgu.

# O LECZENIU NIEŻYTU KISZEK GRUBYCH YATRENEM 105.

(Referat według Th. d. Ggwt. 1930, Nr. 11.).

Spostrzeżenia *Schnecka* dotyczą prób leczenia Yatrenem 105 spastycznych, spastyczno-śluzowych, czysto-śluzowych i wrzodziejących nieżytów kiszek grubych, czyli postaci o nieznanej przeważnie etjologji. W przypadkach choroby o przebiegu ostrym i lekkim podawano 3 razy dziennie po 2 pigułki Yatrenu 105 à 0,25 g po jedzeniu w ciągu 6—8 dni; następnie po 8-dniowej przerwie znowu 3 razy dziennie po 2 pigułki przez 3 — 5 dni. W przypadkach przewlekłych i ciężkich oprócz podawania pigułek stosowano codziennie wieczorem po uprzedniej wysokiej lawatywie czyszczącej, lawatywę z 200 $cm^3$ 1—2%-owego roztworu Yatrenu, nagrzanego do ciepłoty ciała. Kurację z lawatyw stosuje się przez 6—8 dni, poczem po trzydniowej przerwie znowu się ją powtarza. Jest bardzo ważnem, aby lawatywę utrzymać w kiszce możliwie jaknajdłużej, najlepiej przez całą noc. W przypadkach bardzo uporczywych zwiększano lawatywę do 400 $cm^3$. Ostatnio *Schneck* stosuje metodę kombinowaną (pigułki i lawatywy) również i w przypadkach ostrych i lekkich, przyczem korzysta on jednak dla lawatyw tylko z 1%-owego roztworu Yatrenu 105. Samo leczenie Yatrenem 105 okazuje się niedostatecznem; niezbędnem jest jednoczesne uregulowanie diety. Przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego zapisywano proszki z belladonną, przy wydzielaniu niedostatecznem podawano zaczyny trzustkowe, przy skurczach kiszkowych atropinę lub częściej papawerynę. Miejscowe stosowanie ciepła (kataplazmy, termofor, diatermja) również sprzyjało pomyślnemu wynikowi leczniczemu. W przypadkach nieżytu kiszek, zwłaszcza na tle zaparcia, typu spastycznego, i w jeszcze większym stopniu przy nieżycie śluzowym, bardzo skutecznem okazywało się również i zadziałanie sugestyjne na neuropatycznych pacjentów. Wynik leczenia sprawdzano zapomocą badania rentgenowskiego i rektoskopji. Kombinowane leczenie Yatrenem 105 działało naogół znakomicie, gdyż stany spastyczne ustępowały wraz z towarzyszącem im zaparciem. Oprócz poprawy miejscowej na uwagę zasługiwał zwłaszcza pomyślny wpływ na stan ogólny i na objawy nerwowe. Bóle, uczucie pełności i napięcia w brzuchu, wzdęcia, brak łaknienia, bóle głowy, zawroty głowy, a czasami nawet i stany przygnębienia znikały bardzo szybko. Nawet w bardzo uporczywych przypadkach udawało się osiągnąć poprawę. Pewien chory np., który już od wielu lat cierpiał na nieżyt kiszek i któremu przepłókiwania kiszek, nasiadówki, ciepło i papaweryna nie sprawiały żadnej ulgi, poprawił się znacznie już po 8 dniach kombinowanego leczenia Yatrenem 105, a zwłaszcza pod wpływem wlewań 400 $cm^3$ 2%-owego roztworu Yatrenu 105, któ-

re utrzymywał w kiszce przez dłuższy czas; po powtórzeniu kuracji,w szelkie dolegliwości ustąpiły ostatecznie. Również i w przypadkach śluzowego nieżytu kiszek, któremu towarzyszy zwykle w znacznym stopniu i czynnik funkcjonalny, udawało się zapomocą leczenia Yatrenem 105 osiągnąć wybitną poprawę. W lekkich przypadkach stosowano lawatywy z 200 $cm^3$ 1%-owego roztworu Yatrenu, w przypadkach ciężkich stosowano roztwór 2%-owy. Już po kilku dniach wydzielanie śluzu zmniejszało się, a pod koniec 8 — 10-dniowej kuracji kiszki przeważnie już nie zawierały śluzowych nalotów.

W przypadkach nieżytów wrzodziejących — przeważnie małe owrzodzenia w dolnych częściach okrężnicy z drobnemi, powierzchownemi ubytkami bez szczególnej utraty tkanki — stosowano oprócz pigułek lawatywy z 1%-owego roztworu Yatrenu i regulowano ostrożnie dietę.

Najlepsze wyniki osiągano przez podawanie mleka, potraw mącznych i kleików. Dłuższe leżenie w łóżku i miejscowe stosowanie ciepła są cennemi środkami pomocniczemi leczenia, które przeważnie już po upływie 8 dni doprowadzało małe owrzodzenia do zaniku. W stosunkowo krótkim czasie goiły się następnie wszystkie owrzodzenia.

Żadnych przykrych objawów działania ubocznego kombinowane leczenie nieżytów kiszkowych Yatrenem 105 nigdy nie wywoływało. Występujące na początku leczenia biegunki ustępują zwykle po kilku dniach. Jeżeli występowały one w silniejszej postaci, wówczas zmniejszano chwilowo liczbę pigułek lub odstawiano je na pewien czas, lub też podawano opjum w kroplach.

Streszczenie: Yatren 105 jest bardzo cennym środkiem dla leczenia nieżytów kiszek grubych. Kombinowany sposób leczenia, polegający na stosowaniu Yatrenu doustnie i w lawatywach, daje wyniki najlepsze, przyczem należy, oczywiście, uwzględniać dietę, a w razie potrzeby i leczenie sugestją.

**Dr. JÓZEF HIRSCH, Oddział ginekologiczny Szpitala Żydowskiego w Berlinie.**

# O LECZENIU SUROWICĄ (STREPTOSERINĄ) CHORÓB ZAPALNYCH KOBIECYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH, A ZWŁASZCZA ZAPALENIA TKANKI OKOŁOMACICZNEJ.

(Referat według Th. d. Ggwt., 1930, zeszyt 12.).

Leczenie zachowawcze zakażenia połogowego — leczenie surowicą i środkami chemoterapeutycznemi — znajduje obecnie znowu większe zastosowanie niż leczenie chirurgiczne. Rozumie się samo przez się, że na bardzo posunięte okresy zakażenia połogowego wpłynąć leczniczo nie możemy

prawie wcale; w przypadkach natomiast, w których interwenjujemy dostatecznie wcześnie, lub w których ze względu na grożące zakażenie działamy zapobiegawczo, jesteśmy wstanie zapomocą stosowania odpowiednich leków osiągnąć bardzo pomyślne wyniki. Autor stosuje już od 2 lat dla leczenia nawet miejscowo ograniczonych spraw zapalnych kobiecych narządów płciowych, a zwłaszcza tkanki okołomacicznej, Streptoserinę, to jest surowicę wytworzoną z ciał i jadów bardzo złośliwych paciorkowców. Streptoserinę stosowano już poprzednio z pomyślnym wynikiem w przypadkach zakażenia połogowego (*Hammerschlag, Bumm, Wagner, Küstner, Schäfer, Keller, Joseph* i inni), przy błonicy septycznej (*Finkelstein* i *Königsberger*) oraz w przypadkach ogólnego zakażenia chirurgicznego (*A. W. Meyer*) i poanginowego (*Edmund Meyer*). *F. Meyer*, a ostatnio również i Klinika Moskiewska, stosują jednocześnie Streptoserinę i Rivanol. *Hirsch* stosował Streptoserinę właśnie przy bardzo ciężkich zakażeniach miejscowych i osiągał, jak to wynika z przytoczonych poniżej przykładów, rezultaty bardzo pomyślne:

1. E. P., 23 lata, pierwiastka. Przed 10 tygodniami kleszczowy poród. W dwa dni po porodzie gorączka i stałe silne bóle. Wywiady niepewne. W chwili rozpoczęcia leczenia stwierdza się wysięk, wypełniający całą miednicę małą i podnoszący źle zwiniętą macicę w górę, do linji środkowej między pępkiem i spojeniem łonowem. Dla interwencji chirurgicznej wysięk był niedostępny. Gorączka, przeważnie stała, utrzymywała się na poziomie 39—40°; czasami spadki ranne do 38°; stan prawie beznadziejny. Po tygodniowej obserwacji Streptoserina, codziennie wstrzykiwana po 25 $cm^3$ w ciągu 3 dni, czyli ogółem 75 $cm^3$. Czwartego dnia początkowo jeszcze skok gorączki powyżej 40°, poczem w ciągu dni następnych gorączka utrzymywała się bez większych odchyleń między 38—39°. Stan podmiotowy znacznie lepszy. Tętno wynoszące dotychczas około 130 opadło do 100. Po upływie jeszcze 7 dni wysięk przerwał się do odbytnicy, odpływ jednak ropy z kiszki zakończył się szybko. Ciepłota i tętno prawidłowe. Wyleczenie.

2. A. R., 20 lat, rozległe obustronne zapalenie tkanki okołomacicznej bez wyraźnej etjologji. Cała mała miednica jakby wypełniona mocnemi zgrubieniami, powyżej spojenia niewielka ilość wysięku. Lekkie objawy otrzewnowe (chora przysłana na oddział z błędnem rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego). Usiłowania terapji lekarstwowej pozostają bez skutku. Streptoserina domięśniowo w ciągu 4 kolejnych dni, codziennie po 25 $cm^3$, ogółem więc 100 $cm^3$. Gorączka po kilku dniach opada, nacieczenie staje się bardziej miękkie, do zropienia jednak nie dochodzi. Po upływie dalszych 14 dni zupełne wyleczenie.

3. J. L., 20 lat. W związku z poronieniem i skrobanką obustronne zapalenie przydatków z zajęciem tkanki okołomacicznej. Wysoka gorączka. Poprawa po Streptoserinie okazuje się jedynie przemijająca. Po 14-dniowej przerwie znowu gorączka, powtórnie Streptoserina, 50 $cm^3$. Pomimo choroby posurowiczej szybka poprawa i ostateczne wyleczenie.

4. A. G., 28 lat, zachorowała z niewiadomego powodu, po leczeniu tamponami, z objawami silnego zapalenia miednicznej tkanki łącznej i przydatków. Zapalenie otrzewnej miednicy, a następnie i rozlane zapalenie otrzewnej. Wobec grożącego życiu niebezpieczeństwa założono anus praeternaturalis. Po upływie 18 miesięcy, w chwili przyjęcia chorej na oddział ginekologiczny, stwierdza się na linji środkowej między pępkiem i spojeniem łonowem duży guz sięgający na prawo, zrośnięty z kiszkami. Cała mała miednica jakby zamieniona w bliznowaty zrost. Streptoserina okazuje jedynie przemijającą ulgę;

wysięk przerywa się do kiszki i do pochwy, gorączka z 40° spada do 37° i 38°. Poprawa okazała się jednak tylko chwilową.

5. E. V., 19 lat. W późnym okresie popołogowym śród wysokiej gorączki wytworzył się wysięk okołomaciczny bez skłonności do rozmięknienia. Interwencja chirurgiczna niemożliwa. Chorej wstrzykiwano przez 3 dni po 25 $cm^3$ Streptoseriny, czyli ogółem 75 $cm^3$, poczem nastąpiła przemijająca poprawa, po powtórzeniu zaś wstrzykiwań Streptoseriny wyleczenie ostateczne.

6. H. N., 41 lat. W związku z dokonaną po poronieniu skrobanką, ropne zapalenie jajowodów, nieco słabsze po stronie lewej, z zajęciem tkanki okołomacicznej. Pod wpływem Streptoseriny, wstrzykiwanej w dawce po 25 $cm^3$ przez 3 dni, szybki spadek gorączki.

Podobnie pomyślny wpływ leczniczy okazała Streptoserina również i w dalszych 10 spostrzeganych przypadkach. Streptoserina sprzyja rozmięknieniu nacieczenia tkanki okołomacicznej i usuwa ostry proces zapalny. Jeżeli pierwsza kuracja doprowadza jedynie do chwilowej poprawy, wówczas powtórzenie leczenia bywa jednak przeważnie uwieńczone całkowitem powodzeniem i osiąga się stan zupełnie bezgorączkowy. Jedynie w pięciu przypadkach Streptoserina wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby nie okazała; u dwóch kobiet leczenie to zawiodło. W jakim stopniu niepowodzenie mogło zależeć od odmiennego rodzaju wywołującego czynnika chorobotwóczego (gronkowce, gonokoki) nie można było stwierdzić.

Naogół na podstawie osiągniętego doświadczenia można powiedzieć, że Streptoserina przedstawia bardzo dobry środek dla leczenia miejscowych spraw zapalnych kobiecych narządów płciowych, a zwłaszcza tkanki okołomacicznej.

**Dr. W. NEUWEILER, Baden.**

# O LECZENIU SAMOISTNEGO ŚWIĄDU SROMU GARDANEM.

(Referat według Schweiz. med. Wo. 1930. Nr. 44.).

W przypadkach świądu sromu stwierdza się często objawy zaburzeń wydzielania wewnętrznego jajników. Z tego względu wielu lekarzy stosuje przy tem cierpieniu preparaty jajnikowe i to z pomyślnym jakoby wynikiem. *Neuweiler* nie mógł jednak potwierdzić skuteczności tych organopreparatów i stosował wobec tego stale również i leczenie objawowe. W przypadkach powstających na tle psychicznem, częstokroć prowadzi do celu psychoterapja. W wielu przypadkach mamy do czynienia z przesadzoną obawą choroby, a wówczas wyjaśnienie dane pacjentce o niewinności cierpienia pomaga często o wiele więcej niż zewnętrzne leczenie objawowe. Niedawno *Winkler* zwrócił uwagę, że Gardan znakomicie uśmierza swędzenie. Gardan jest to połączenie Pyramidonu z Novalginą. Zachęcony wynikami Winklera, *Neuweiler* stosował Gardan w wielu przypadkach świądu sromu i osiągał istotnie bardzo pomyślne wyniki. Jeżeli nawet nie we

wszystkich przypadkach Gardan doprowadzał do zupełnego wyleczenia, to jednak sprawiał przeważnie znaczną ulgę i pacjentki odzyskiwały dzięki niemu spokój. Co się tyczy dawkowania, to wystarcza naogół jedna tabletka, która uśmierza swędzenie na szereg godzin. Częstokroć już nawet ½ tabletki sprawia chorej ulgę. Jedynie wyjątkowo zapisywano 1½ — 2 tabletek, lecz i tę dawkę chore zawsze znosiły bardzo dobrze. Pod względem pewności i skuteczności działania, żaden środek przeciwświerzbiączkowy nie dorównywa Gardanowi. Leczenia nie wolno, oczywiście, ograniczać jedynie do podawania Gardanu, lecz należy dążyć do wykrycia przyczyny swędzenia, np. czy nie mamy do czynienia z zaburzeniami przemiany materji, jak cukrzyca, lub też czy podłożem choroby nie jest niedomoga jajnikowa (okres przekwitania, leukoplakja, zaburzenia perjodów). Przy postaciach psychicznych należy chorą zbadać dokładnie również i z neurologicznego punktu widzenia. Jeżeli jednak leczenia etjotropowego przeprowadzić nie jesteśmy wstanie, a zwłaszcza gdy etjologja pozostaje niewyjaśniona, wówczas wchodzi w rachubę przedewszystkiem objawowe leczenie Gardanem.

**Dr. DIDA DEDERDING, Klinika chorób uszu szpitala miejskiego w Kopenhadze.**

# W SPRAWIE LECZENIA CHOROBY MENIÈRA, PRZYTĘPIENIA SŁUCHU I OBRZĘKU QUINCKE'GO.

(Referat według „Hospitalstidende" 1930, Nr. 48, Arch. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, 1930, tom 126).

Przed 3 laty przyjęto do szpitala pewną 27-letnią kobietę z napadem duszności na tle obrzęku *Quinckego*. Chora ta miała już poprzednio kilka takich napadów i to tak silnych, że dwukrotnie zaszła konieczność dokonania tracheotomji (1919, 1921). Dwukrotnie obrzęk krtani miał miejsce w związku z leczeniem zębów, dokonywanem raz z zastosowaniem znieczulenia miejscowego, a raz bez znieczulenia. Wobec tego, że środki moczopędne okazują wpływ na obrzęki, *Dederding* wstrzyknęła natychmiast 1 $cm^3$ Salyrganu i owinęła chorą w ciepłe koce. W ciągu dnia obrzęk ustąpił, jednocześnie chora oddała bardzo dużo moczu (1900 $cm^3$ moczu przy wypiciu 500 $cm^3$ płynu). Żadnych objawów działania ubocznego nie było *). Początkowo mogło się nasunąć przypuszczenie, że obrzęk minąłby również i bez zastosowania leczenia moczopędnego. Dalszy przebieg dostarczył jednak dowodu, że to właśnie Salyrgan przyczynił się w znacznym stopniu

*) Według badań *Möllera* z Kopenhagi, człowiek wydziela w ciągu 24 godzin 70—80% Salyrganu przez nerki. W pierwszych dniach po wstrzyknięciu wydziela się jeszcze dalsze 4½—5% z kałem. Z tego $^1/_5$ dostaje się do kiszek przez ścianę jelit, a reszta przez wątrobę. Wydzielanie osiąga swój szczyt w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu. U psa około 3,5% wstrzykniętej rtęci wydziela się przez wątrobę, a 1% przez kiszki.

do poprawy. Po upływie 2 lat chorą znowu przywieziono do szpitala z powodu obrzęku głośni. Próbowano początkowo — bez wstrzyknięcia Salyrganu — zadziałać ciepłem łóżkiem, gorącemi owijaniami, wysokiem ułożeniem głowy i t. d. Wobec tego jednak, że chora czuła się coraz gorzej, a po 4 godzinach z powodu coraz bardziej zwiększającego się obrzęku nie mogła już mówić, wstrzyknięto jej o 4-ej popołudniu 2 $cm^3$ Salyrganu. Na drugi dzień rano obrzęk ustąpił zupełnie.

Również i w przypadkach zawrotów głowy na tle choroby Menièra Salyrgan sprawiał znaczną ulgę. Na tej podstawie *Dederding* uważa, że przy zespole Menièra ostateczną przyczyną objawów chorobowych jest obrzęk. Również i w 3-ch przypadkach kiłowego przytępienia słuchu udało się zapomocą wstrzykiwań Salyrganu osiągnąć poprawę słuchu. Na uwagę zasługuje historja pewnej chorej, która pod wpływem leczenia Salyrganem już raz odzyskała słuch, a następnie utraciła go jednak znowu i po upływie dłuższego czasu zgłosiła się po raz drugi na klinikę. Wstrzyknięto jej 1 $cm^3$ Salyrganu. Po upływie 3-ch dni słuch poprawił się znacznie. Dla leczenia obrzęku poddawano chorą kuracji napotnej zapomocą salicylu, po 8 dniach trzeba było jednak zaniechać tego sposobu leczenia, gdyż słuch prędko się pogorszył. (*S. H. Mygind* również leczył z powodzeniem Salyrganem dwóch chorych, u których osłabienie słuchu powstało w związku z nieszczęśliwym wypadkiem. *Mygind* jest zdania, że przyczyną cierpienia uszu jest, podobnie jak przy chorobie Menièra, obrzęk błędnika.).

## PROF. Dr. FRITZ PREGL †.

12 grudnia 1930 roku zmarł w Gracu w wieku zaledwie 61 lat, prof. dr. *F. Pregl*, dyrektor Zakładu chemji lekarskiej uniwersytetu w Gracu.



Za swoje cenne prace z dziedziny organicznej mikroanalizy *Pregl* otrzymał w r. 1923 nagrodę Nobla. Głównie dzięki odkryciom *Pregla* rozległe dziedziny chemji organicznej i fizjologicznej stały się dostępne dla dokładnych badań. Zamiast dotychczas niezbędnych 100—150 mg dla wykonania większości elementarnych analiz, potrzeba obecnie zaledwie 4 — 6 mg przy dokładności przewyższającej częstokroć sposoby makrometodyki i znacznem zaoszczędzeniu czasu. Punktem wyjścia dla mikroanaliz *Pregla* były jego

prace z dziedziny chemji białek i węglowodanów oraz jego badania nad kwasami żółciowemi. Klinicyści znają nazwisko *Pregla* głównie dzięki jego pracom nad odczynem *Abderhaldena* oraz dzięki opracowaniu (wspólnie z *Haberer*em) metodyki czynnościowej diagnostyki nerek, która umożliwiła dokładne zbadanie moczu, otrzymanego z moczowodów, w ilości nawet mniej niż 1 $cm^3$, gdy dawniej potrzebna była do takiej analizy ilość znacznie większa. Lekarz zaś praktyk zna przedewszystkiem roztwór jodu *Pregla.*

**Dr. V. MELALSKNE, Ryga.**

# AETHER PRO NARCOSI „HOECHST"

W klinice prywatnej dr. K., w której operuję moich pacjentów i umieszczam rodzące dla odbycia porodu, zawsze stosowano dotychczas dla uśpienia eterowego Aether pro narcosi firmy „X". Z biegiem czasu zwróciłem uwagę na okoliczność, że jeszcze przed zaśnięciem prawie u wszystkich pacjentek występowało podrażnienie dróg oddechowych, połączone z napadami kaszlu oraz wykrztuszaniem znacznej ilości plwociny, co wpływało, oczywiście, bardzo ujemnie na przebieg uśpienia. Objawem zaś jeszcze bardziej niepokojącym było to, że u pacjentek z zupełnie zdrowemi płucami, nawet po krótkotrwałym i pomyślnym przebiegu uśpienia, występowały często powikłania ze strony dróg oddechowych, przebiegające nierzadko nawet pod postacią lżejszego lub cięższego zapalenia płuc. Również i na samym sobie stwierdziłem, że nie bacząc na znaczne rozmiary i dobrą wentylację sali operacyjnej, w oddechu moim jeszcze po 18 godzinach po operacji wyczuwało się zapach eteru.

Dzięki przysłanym mi łaskawie próbkom Aetheru pro narcosi „Hoechst" miałem możność wypróbowania tego preparatu, który, jak się przekonałem, odpowiada wszelkim wymaganiom stawianym eterowi przeznaczonemu dla usypiania. Od 3 miesięcy na klinice dr. K. dla celów narkozy stosuje się na moją propozycję wyłącznie Aether pro narcosi „Hoechst". Wyniki stosowania tego eteru okazały się istotnie znakomite.

1. Zapach nie jest taki ostry i przykry, lecz łagodniejszy i znika z wydychanego powietrza o wiele prędzej.
2. Objawy podrażnienia dróg oddechowych występują bez porównania rzadziej; nie stwierdza się nadmiernego wydzielania śluzu i chorzy zasypiają bez kaszlu.
3. Powikłań ze strony oskrzeli i płuc nie spostrzegaliśmy dotychczas ani razu.

Pragnąłbym zaznaczyć, że wnioski te opierają się na znacznej ilości przypadków, gdyż stosuję narkozę bardzo często i to nawet przy mniejszych zabiegach operacyjnych jak skrobanka, szycie krocza i t. d. Poza tem zasadniczo stosuję tylko uśpienie eterowe, oczywiście, za wyjątkiem tych przypadków, w których eter jest przeciwwskazany ze względu na stan płuc. Warunki techniczne usypiania były stale ściśle jednakowe, gdyż narkozę

zawsze dawała jedna i ta sama bardzo doświadczona, wyspecjalizowana w tym kierunku siostra.

NB. Nie chcąc oskarżać firmy „X", przeciwko której nie wnoszę zresztą żadnych zarzutów, pozwalam sobie nie wymieniać jej nazwy.

**Dr. K. STERNBACH, Wiedeń.**

# O PYEOLOGRAFJI.

(Towarzystwo Urologiczne. 23.X.1930. Wiedeń.).

Wyniki badań *Sternbacha* nad Abrodilem, przeprowadzanych na oddziale urologicznym Szpitala Zofji i w Zakładzie Rentgenologicznym Szpitala Cesarzowej Elżbiety, zgadzają się naogół z ogłoszonemi ostatnio spostrzeżeniami *Bronnera, Hechta* i *Schüllera*. — Również i *Sternbach* stwierdził znakomitą tolerancję Abrodilu. Nawet bardzo bojaźliwi i wrażliwi pacjenci komunikowali, że ani podczas wstrzykiwania, ani później nie odczuwali żadnych dolegliwości. Wstrzykiwania Abrodilu nigdy nie wywoływały bólów na przebiegu żyły, spostrzeganych niejednokrotnie przy stosowaniu innych środków przeznaczonych dla pyelografji dożylnej. Cień Abrodilu na kliszy jest dostatecznie nasycony. Najodpowiedniejszy moment dla dokonania zdjęcia nie jest bynajmniej według spostrzeżeń *Sternbacha* zawsze ten sam. Przy dobrej czynności nerek najlepsze obrazy otrzymywano w większości przypadków w 5—10 minut po wstrzyknięciu. U niektórych najlepsze zdjęcia otrzymywano dopiero po 30 wzgl. 60 minutach.

Wstrzykiwano Abrodil przeważnie w dawce 20 g, rozpuszczonych w 100 g wody; czasami również i połowa tego roztworu okazywała się wystarczającą (zwłaszcza u osobników chudych). W jednym przypadku udało się u 8-letniego dziecka otrzymać bardzo ładny pyelogram nawet zapomocą 15 $cm^3$ 20%-owego roztworu.

**Dr. SCHULZ, Kolonja.**

# PROTARGOL.

„Protargol całkowicie wypełnił w praktyce wszystkie zadania, których się od niego na podstawie teoretycznych przesłanek spodziewano". Oto są słowa, któremi po wypróbowaniu określił wartość Protargolu znakomity dermatolog *Albert Neisser*. Również i dzisiaj opinja ta nadal zachowuje bez zmiany swoje znaczenie. Mimo wielu preparatów zastępczych, znajdujących się obecnie w sprzedaży, żaden z nich nie dorównywa pod względem skuteczności leczniczej oraz działania preparatowi oryginalnemu; dowodzą tego w sposób przekonywujący liczne badania *Utza, Körbera,*

*Mannicha* i innych. Ze względu na zupełny brak działania drażniącego Protargol jest przy leczeniu ostrej i przewlekłej rzeżączki narządów płciowych mężczyzn i kobiet jednym z najczęściej stosowanych środków.

Dzięki swemu działaniu bakterjobójczemu, Protargol nadaje się doskonale również i dla leczenia ran oraz pryszczycy.

W okulistyce Protargol znajduje rozległe zastosowanie jako niedrażniący i niebolesny środek zastępujący azotan srebra, zwłaszcza przy rzeżączkowem zapaleniu spojówek u noworodków, przy nieżytach łącznic, zapaleniu powiek, zapaleniu woreczka łzowego i t. d.

Również i w oto-rhino-laryngologji stosuje się Protargol z wielkiem powodzeniem.

Poniżej przytoczony liczny szereg recept wskazuje nam rozległość zakresu wskazań do stosowania Protargolu.

Rp. Protargoli 0,5 — 1,0 — 2,0
Aqu. dest. frigid. ad. 200,0.
D: ad. vitr. fusc.
S: Do wstrzykiwań (przy ostrej rzeżączce /Neisser/).

Rp. Protargoli 0,5 — 1,0 — 2,0
Antipyrini 6,0
Glycerini 5,0
Aqu. dest. frigid. ad. 200,0
D: ad. vitr. fusc.
S: Do wstrzykiwań przedłużonych (przy rzeżączce przebiegającej z bólami).

Rp. Protargoli 10,0
(Acid. boric. sbt. plv. 10,0)
M. f. plv.
D: ad. vitr. fusc.
S: Posypka na rany (Strauss).

Rp. Protargoli 3,0 solve in
Aqu. dest. frigid. 5,0 tere cum
Laneps 22,0
M. f. ungt.
S: Maść na rany (Floret).

Rp. Protargoli 1,0 — 5,0
Glycerini 5,0 — 20,0
Aqu. dest. frigid. ad. 100,0
D: ad. vitr. fusc.
S: Do pendzlowania lub przepłókiwania gardła i nosa, przy przewlekłym nieżycie gardła, naczynioruchowym nieżycie nosa, wzgl. do wstrzykiwań do przewodu słuchowego w przypadkach ropienia ucha środkowego (Alexander, Gleason).

Rp. Protargoli 1,0
Vaselini americ. 10,0
M. f. ungt.
S: Maść do oczu (Bossalino).

Rp. Protargoli 1,5
Zinc. oxyd. 1,0
Amyl. 1,0
Vaselini flav. 15,0
M. f. ungt.
S: Dla smarowania przy zapaleniu powiek (Darier).

Rp. Protargoli 5,0 — 10,0
Aqu. dest. frigid. ad. 200,0
D: ad. vitr. fusc.
S. Do wstrzykiwań względnie wkraplań (przy przewlekłej rzeżączce /Guilon/).

Rp. Protargoli 1,0 — 2,0
Aqu. dest. frigid. ad 10,0.
S: Jako środek zapobiegawczy (przeciwko rzeżączce względnie zapaleniu spojówek u noworodków; 2—3 kropel do zakraplania /Frank, Kopp, Herrff/).

Rp. Protargoli 1,0 — 2,0
Gummi arab. pulv. 4,0
Sacch. lact. 6,0
Glycerini gtts. X.
f. massa e que form. bacilli.
S: Pałeczki protargolowe.

Rp. Protargoli 0,1
Ol. cacao raspat. 0,9
M. f. bacill.
D: tal. dos. X.
S. Pałeczki protargolowe.

Rp. Protargoli 2,0
Aqu. dest. 4,0
Gelatini 3,0
Glycerini 11,0
f. leni calore massa pro bacill. No X.
S: Bougies do nosa.

Rp. Protargol 0,05 — 0,1
Aqu. dest. frigid. 50,0
D: ad. vitr. fusc.
S. Podawać łyżeczkami do herbaty przy uporczywych nieżytach kiszkowych u dzieci (Cohn).

Rp. Protargoli 3,0
Plv. et succ. liquir.
Muc. gu. arab. (s. Glycerin)
q. s. ut. f. pill. No. XXX.
S: 3 razy dziennie po 2 pigułki przed jedzeniem; przy krwawieniach żołądkowych, wiądzie rdzenia i t. d. (Ruhemann).

Dr. M. BURSTEIN, Heydekrug.

# PRZYPADEK WILKA RUMIENIOWATEGO WYLECZONEGO BIZMUTEM.

(Referat według Th. d. Ggwt. 1930, z. 10.).

Autor opisuje przypadek dotyczący chorego, cierpiącego już od 18-tu lat na wilka rumieniowatego i leczonego dotychczas bezskutecznie maściami: pyrogallusową, naftolową, siarkową, złuszczającą, następnie naświetlaniami rentgenowskiemi i finsenowskiemi oraz lampą kwarcową. Również i leczenie złotem, naświetlanie słońcem górskiem i maściami złuszczającemi sprawiało jedynie przemijającą poprawę. Wobec niepowodzenia wszystkich tych sposobów leczniczych, autor przy nowym nawrocie, który wystąpił na nosie, zastosował tytułem próby Casbis (co drugi dzień 1 $cm^3$) i 10%-ową zawiesinę salicylanu bizmutu w oliwie (2 $cm^3$ co drugi dzień dopośladkowo). Po dwóch kuracjach (przy pierwszej 12 wstrzykiwań) wszystkie objawy chorobowe zniknęły. Do tej pory (3 miesiące po ostatniem wstrzyknięciu) nawrotu nie było.

Dr. OTTO BOYKSEN, Szpital Pinneberg pod Hamburgiem.

# O LECZENIU PARATYFUSU B TRYPAFLAVINĄ.

(Referat według M. m. W. 1930, Nr. 32.).

*Boyksen* leczył 36 chorych na paratyfus B dożylnemi wstrzykiwaniami Trypaflaviny. Prawie we wszystkich przypadkach choroba powstała na tle spożycia mięsa zwierząt chorych na paratyfus B. Objawy nieżytu jelit spostrzegano jedynie na początku choroby, która przebiegała przeważnie pod postacią bakteriemji. Stale stwierdzano zwolnienie tętna. We wszystkich przypadkach wykazano we krwi obecność prątków paratyfusu B. Na drugi dzień po dożylnem wstrzyknięciu Trypaflaviny ciepłota opadała do normy. W przypadkach natomiast duru brzusznego spadku gorączki nie spostrzegano, tak że można wykorzystać ten objaw dla celów rozpoznania różniczkowego między durem brzusznym i paratyfusem. Ciężkie objawy septyczne cofały się szybko. Naogół 2—3 wstrzykiwań w dwudniowych odstępach okazywały się wystarczające; wstrzykiwano jednak Trypaflavinę nadal aż do ostatecznego osiągnięcia stanu bezgorączkowego. Dla jeszcze pewniejszego uniknięcia nawrotów może byłoby nawet wskazane, aby również i po spadku gorączki dokonać jeszcze kilku wstrzykiwań. Naogół prątki paratyfusu z krwi, kału i moczu znikały pod wpływem wstrzykiwań Trypaflaviny bardzo szybko; tylko w jednym przypadku stwierdzano obecność prątków paratyfusu B w kale jeszcze przez szereg miesięcy. Oprócz badań

klinicznych wykonano w laboratorjum bakterjologicznem I. G. Farbenindustrie w Elberfeldzie również i szereg badań doświadczalnych. *Wesenberg* stwierdził mianowicie, że najwrażliwsze są na Trypaflavinę prątki durowe, zaś najmniej wrażliwe są prątki paratyfusu B. Wyniki te są zgodne z tablicą podaną przez *Krausego* (Therapie der Gegenwart 1929, nr. 70):

| | Zahamowanie | Zabicie po | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 godzinie | 5 godzinach | 24 godzinach |
| Tyfus . . . . . . . . . . | 1 : 30,000 | 3,000 | 10,000 | 30,000 |
| Paratyfus A . . . . . . | 1 : 10,000 | 1,000 | 3,000 | 3,000 |
| Paratyfus B . . . . . . | 1 : 10,000 | 1,000 | 1,000 | 3,000 |

Przeciętnie wstrzykiwano 5—10 $cm^3$ zwykle stosowanego ½%-owego roztworu Trypaflaviny.

Dotychczasowe wyniki leczenia paratyfusu B dożylnemi wstrzykiwaniami Trypaflaviny dowodzą, że Trypaflavina łagodzi objawy chorobowe i skraca czas trwania choroby. Wszyscy chorzy na paratyfus B, leczeni Trypaflaviną, wyzdrowieli.

# P A R A C E L S U S.




Paracelsus (obraz z jego dzieł)

Naogół ludzie znajdują się zawsze pod wpływem panujących w danej chwili poglądów lub uprzedzeń i jedynie nieliczne śmiałe jednostki potrafią przezwyciężyć, przeważnie dopiero po ciężkich walkach, niesłuszne częstokroć poglądy współczesnych. Następne stulecia przejmują zwykle zdobycze wiedzy jako przynależny im spadek, często nawet wcale nie wiedząc, ile trudu i pracy kosztowało utorowanie nowych dróg. Wielkość i znaczenie odkrycia dokonanego w pewnej epoce możemy sobie jednak uświadomić w sposób właściwy dopiero wtedy, gdy zdajemy sobie sprawę z ówczesnego stanu nauki i wiedzy. Theophrastus Bombastus von Hohenheim, zwany Paracelsus, był reformatorem poglądów lekarskich, śmiało burzącym większość dotychczasowych poglądów. Przez długie wieki myśl lekarska zakrzepła w jednym kierunku; zarówno nad medycyną jak i nad zabobonem panowało wszechwładnie jedno nazwisko: *Galen*. Nauka *Galena* o sokach żywotnych, uzależniająca zdrowie lub chorobę od każdorazowego zmieszania 4 soków ustrojowych (krwi, śluzu, żółtej i czarnej żółci), uchodziła ciągle jeszcze za najwyższe prawo. Trzeba było istotnie wybitnej

jednostki, aby odważyć się na obalenie tęgo z gruntu fałszywego, lecz uświęconego przez wieki poglądu i na głoszenie nowych, zgoła odmiennych prawd. Również i arsenał środków leczniczych składał się prawie wyłącznie z preparatów roślinnych — „Galenica"—.Ówczesna medycyna szkolna przeciwstawiała się w sposób stanowczy stosowaniu środków chemicznych, jak np. rtęci, miedzi, ołowiu, arsenu, antymonu. Lekarze prawie bez wyjątku odnosili się wrogo do badań *Paracelsa* i to zarówno za jego życia jak i jeszcze przez długie lata po jego śmierci.



Paracelsus (według Rubensa)

*Paracelsus* urodził się w r. 1493 w miejscowości Maria Einsiedeln i żył zaledwie 48 lat. Badania naukowe zawiodły go do Włoch, Niemiec, Francji, Hiszpanji i Rosji. *Paracelsus* całe swe życie pracował bez wytchnienia, dążył usilnie do poznania wielkich tajemnic ciała ludzkiego i jego czynności, starał się poznać istotę chorób i ich przyczyny oraz sposoby działania środków leczniczych. Nie było ani jednej dziedziny medycyny, któraby się nie stała przedmiotem jego szczegółowych dociekań. Pisma *Paracelsa,* omawiające anatomję i fizjologję, chirurgję i choroby wewnętrzne, etjologję chorób i farmakologję, dowodzą wszechstronności jego zainteresowań. Jak każdy prawdziwy lekarz, zajmował się *Paracelsus* gorliwie również i naukami przyrodniczemi i odpowiednio do ducha czasu interesował się szczególnie astronomją. Rozważania *Paracelsa* na temat zagadnień religijnych i etycznych dowodzą, że był on głębokim myślicielem, dla którego żaden problemat, dotyczący człowieka, nie był obcy ani obojętny. I chociaż bardzo wiele poglądów *Paracelsa* okazało się następnie niesłusznemi, a jego skłonność do mistyki wydaje się nam częstokroć zbyt zawikłaną i trudną do zrozumienia, to jednak przyczynił się on znakomicie do postępu nauki. Nieoceniona zasługa *Paracelsa* polega przedewszystkiem na wprowadzeniu do nauki żywego, samodzielnego badania, na dążeniu bez żadnych uprzedzeń

do nowych poszukiwań, które odważnie przeciwstawił ówczesnej odrętwiałej, bezkrytycznej tradycji naukowej. W przeciwieństwie do swego otoczenia, wierzącego ślepo w autorytety, *Paracelsus* przypisywał największe znaczenie przedewszystkiem ścisłej obserwacji i doświadczeniom. Bezustannie zwracał on uwagę na potrzebę nieuprzedzonego spostrzegania faktów i krytycznego opracowywania obserwacyj. Dopiero *Paracelsus* pozyskał dla chemji należne jej w medycynie stanowisko. Mówi on, coprawda, jeszcze o „alchemji" i dlatego znajdujemy w jego pracach pewne odgłosy średniowiecznej sztuki czarnoksięskiej; jeżeli jednak przyjrzymy się bliżej dziełom *Paracelsa,* wówczas stwierdzimy znaczną ilość czysto rzeczowych spostrzeżeń i wniosków, tworzących podstawy właściwej chemji, która wówczas dopiero powoli wyodrębniała się jako samoistna nauka. *Paracelsus* doskonale zdawał sobie sprawę z konieczności ścisłego związania medycyny z chemją. W piątym rozdziale swej pracy „Labirynthus medicorum" *Paracelsus* twierdzi, że alchemja jest dla lekarza nauką niezbędną, bez której obyć się nie może. Odnośnie do roślin leczniczych *Paracelsus* wypowiada zupełnie nowoczesne poglądy, mianowicie, że jest to jeszcze niedość, poznać wpływ pewnych roślin na określone choroby, lecz należy dążyć do oczyszczenia składnika czynnego od niepotrzebnego balastu. „Trzeba przedewszystkiem usunąć z leku wszelkie składniki zbyteczne: dopiero wówczas otrzymujemy właściwy środek leczniczy". Jest to przecież zadanie, które również i obecnie jest jednem z najważniejszych zagadnień techniki przygotowywania leków. Również i dążenie *Paracelsa* do wykrycia środków leczniczych, działających w sposób swoisty na możliwie dużą liczbę chorób, przedstawia cel, do którego dąży nasza współczesna medycyna. Za jeden z takich leków uważał *Paracelsus* rtęć, którą stosował przeciwko „chorobie francuskiej".



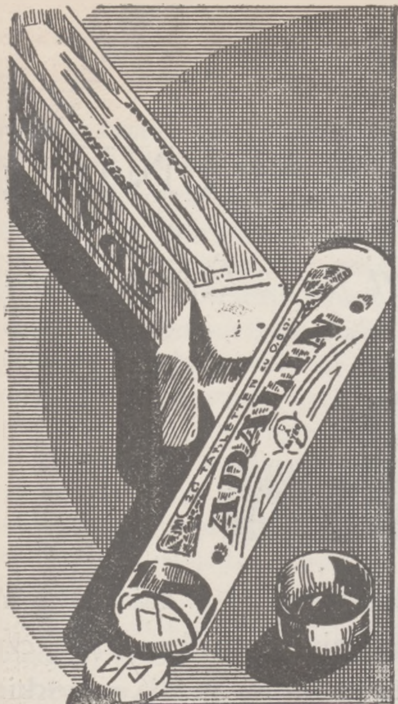
Miejsce urodzenia Paracelsa przy Moście Djabelskim pod Einsiedeln

Poglądy *Paracelsa,* odbiegające tak znacznie od poglądów wówczas panujących, zmusiły go do nowego, zupełnie odmiennego ujęcia całokształtu medycyny, to też opracował on według własnego sposobu widzenia pogląd na istotę ustroju ludzkiego, naukę o chorobach oraz farmakologję. *Paracelsus* nie był oderwanym od świata uczonym, przyjmował on bezpośredni czynny

udział w życiu i był lekarzem w najlepszem tego słowa znaczeniu. Niezliczona ilość chorych korzystała z owoców jego niezmordowanej pracy badawczej, ilość zaś jego uczniów i zwolenników wzrastała coraz bardziej. Jako twórca nowych poglądów, niezgodnych z dotychczasowemi, miał oczywiście, *Paracelsus* również i bardzo wielu przeciwników, a nawet wrogów, którzy doprowadzili nawet do tego, że władze nie pozwoliły na ogłoszenie kilku jego wielkich prac! Również i działalność pedagogiczna *Paracelsa* w Bazylei została po upływie zaledwie 2 semestrów nagle przerwana. W nieporozumieniach osobistych i walkach, które musiał staczać *Paracelsus*, dużą winę ponosił niewątpliwie jego gwałtowny temperament. Nie wyróżniał się on istotnie tolerancją w stosunku do swych przeciwników. Lecz czy mógł być wyrozumiałym taki człowiek jak *Paracelsus*, który walczył z wielkim trudem o wyświetlenie prawdy i który wyjaśnił tyle zagadnień, których istnienia nawet nie podejrzewa człowiek przeciętny, żyjący sobie wygodnie w mrokach tradycji? Udziałem *Paracelsa* nie było tylko wielkie szczęście uwieńczonych powodzeniem badań i prac oraz udzielania skutecznej pomocy bliźnim, lecz poznał on również i lodowate tchnienie osamotnienia, którego los nie zaoszczędził jeszcze żadnemu wielkiemu człowiekowi. Jakże często dzieła znakomitych ludzi pozyskują ogólne i zasłużone uznanie dopiero po ich śmierci. Najlepszym dowodem, że jeszcze dzisiaj można czerpać cenne myśli z dzieł *Paracelsa*, jest wielkie zainteresowanie, z jakiem świat naukowy odnosi się do jego prac. W roku bieżącym ukazał się w druku trzeci tom zbioru wszystkich prac *Paracelsa* w nowem wydaniu *Bernharda Aschnera*, udostępniającem w łatwo zrozumiałym języku prawdziwe skarby wiadomości historycznych, lekarskich i kulturalnych. Z pośród różnych współczesnych prac literackich, zajmujących się osobą wiele podziwianego i wiele potępianego kacerza, wymienimy tu przedewszystkiem zajmującą powieść *Kolbenheyera*.

O *Paracelsie*, jako o człowieku, wiemy naogół niewiele, a jednak dosyć, aby wyrobić sobie o nim właściwe pojęcie: *Paracelsus* pozostawił bowiem określenie, które można uznać za motyw przewodni wszystkich myśli i poczynań lekarskich: „najważniejszą podstawą lecznictwa jest miłość".

Dr. *E. Rhode-Fenner*, Kolonja.




# ADALIN

(bromodwuetyloacetylomocznik)

Niezawodnie działający środek nasenny o wybitnych własnościach uspokajających

przy zaburzeniach nerwowych wszelkiego rodzaju.

*Opakowania oryginalne:*

rurki po 10 i 20 tabletek à 0,5 g

małe opakowania: 6 tabletek po 0,5 g.




## SIONON

**pełnowartościowy kalorycznie węglowodan**

jest cennem wzbogaceniem

**pożywienia chorych cukrzycowych**

Sionon jest do nabycia nietylko w czystej postaci, lecz również i w postaci specjalnej czekolady dla diabetyków, wyrabianej przez firmy:

**„CUKRO-DJETA" Warszawa, Leszno № 10**

**„PLUTOS" Warszawa, Barska 26/28**

Sionon wyróżnia się przyjemnym, łagodnym, słodkim smakiem i nadaje się zarówno do przygotowania potraw i ciast jak i do słodzenia herbaty, kawy i t. d

OPAKOWANIE ORYGINALNE:

100, 500 i 1000 g.

**»Bayer-Meister Lucius«**

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT LEVERKUSEN a. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748.

# NOTATKI TERAPEUTYCZNE

## O kombinowanem leczeniu gruźlicy dietą śledzionową i solami złota.

W Dtsch. med. Wschr. Nr. 49, 1930 *Leitner* potwierdza na podstawie swoich spostrzeżeń pomyślny wpływ podawania śledziony na przebieg gruźlicy płuc, o czem doniósł *Kamsler* w swoim czasie w pracy wykonanej wspólnie z *Ruttgersem* (Beitr. Klin. Tbk. 72, 68 (1929). Skłoniło go to do podania dalszego przyczynku na ten temat.

We wspomnianej pracy opisali autorzy 12 przypadków, na które, za wyjątkiem dwóch, podawanie śledziony okazało wpływ nadzwyczaj pomyślny. Waga chorych zwiększyła się, ciepłota opadła do normy, kaszel zaś i ilość plwociny oraz liczba prątków w polu widzenia zmniejszyły się znacznie. W niektórych przypadkach można było stwierdzić poprawę nawet na zdjęciu rentgenowskiem.

Od czasu ogłoszenia tej pracy łączył *Kamsler* dietę śledzionową z leczeniem solami złota, przyczem pierwsze próby wypadły bardzo pomyślnie. Wyniki tego kombinowanego leczenia okazały się jeszcze lepsze niż podawanie samej śledziony. Jako preparat złotowy stosował Triphal, który wstrzykiwał w bardzo małych dawkach (od 0,001 do dawki najwyższej 0,005) raz na tydzień. Dawka ogólna nie przekraczała, zależnie od przypadku, 0,05 — 0,2. Śledzionę podawał albo w stanie wpółsurowym (100 — 150 g dziennie), albo w postaci podskórnych wstrzykiwań. Leczenie śledzioną przeprowadzał w postaci 10 — 12-tygodniowych kuracyj z dwutygodniowemi przerwami.

Autor przytacza dla zobrazowania wyników kombinowanego leczenia śledzioną i złotem dwie historje chorób.

W obu przypadkach wynik leczenia okazał się bardzo dobry; przekonywującemi dowodami poprawy były krzywe gorączki i wagi oraz porównanie obrazów rentgenowskich. Pomyślny ten wynik został, coprawda, okupiony bardzo długiem trwaniem kuracji, gdyż w obu przypadkach minął prawie rok zanim można było mówić o wyleczeniu względnie ostatecznej poprawie. Trudności związane z tak długotrwałą kuracją są jednak błahostką w stosunku do odzyskanego zdrowia.

Przy opisanym sposobie leczenia wchodzi w rachubę jednoczesne połączenie 3 czynników: diety śledzionowej, leczenia złotem i kuracji klimatycznej. Leczenie klimatyczne nie mogło jednak mieć większego znaczenia, gdyż autor zwracał się do czynnej interwencji dopiero po dłuższym, bezużytecznym pobycie w górach. Miarodajną więc była tylko kombinacja diety śledzionowej i leczenie złotem.

*Dr. Alfred Kamsler*, Zakopane.

Referat p/g Brauers Beiträge. I. Springer, 1931, Lipsk.

## O zapobieganiu wymiotom przy zdjęciach rentgenowskich w jamie ustnej.

*Livingston* zaleca, aby tym pacjentom, którzy przy zakładaniu filmu rentgenowskiego do jamy ustnej dostają mdłości i wymiotów, na krótko przed założeniem filmu podawać do wypicia łyk zimnej wody. Prosty ten sposób jest o wiele łatwiejszy i bezpieczniejszy niż pendzlowanie podniebienia kokainą. W wielu tysiącach przypadków podany przez autora sposób okazał się bardzo dobry. *Van der Hoeven* Den Haag zalecał przeciwko wymiotom podawanie środków, które się zwykle stosuje przeciw chorobie morskiej.

*Dr. A. Livingston,* Londyn.

(Dent. Cosmos 1929, t. 71, Nr. 8)

**Rok leczenia upławów na tle Trichomonas pigułkami Yatren 105.**

Upławy są często wywołane przez Trichomonas vaginalis. Dotychczas stosowany sposób leczenia roztworami boraksu lub sody glicerynowej nie okazał się zadowalniający. *Rodecurt* zaproponował w r. 1929 leczenie pigułkami Yatren 105. Spostrzeżenia jego dotyczyły wówczas 47 chorych. W międzyczasie liczba obserwacyj wzrosła do 112. Co drugi lub trzeci dzień, a w ciężkich przypadkach początkowo nawet codziennie, zakłada się głęboko do pochwy jedną pigułkę Yatren 105, przyczem należy nosić opaskę. Przed założeniem nowej pigułki należy zawsze przepłókać pochwę rumiankiem. Jednocześnie spostrzegano niejednokrotnie pomyślny wpływ na przewlekłe gorączkowe stany zapalne przydatków i przymacicza. W przypadkach tych należy jednak dawkować ostrożniej. Przykre objawy działania ubocznego występowały bardzo rzadko. W jednym przypadku stwierdzono lekkie powiększenie wola, w innym lekki trądzik jodowy. Zaledwie jedna chora skarżyła się na uczucie palenia, wobec czego zastosowano czopki pochwowe glicerynowo-żelatynowe z 10% Yatrenu, co doprowadziło do szybkiego wyleczenia nieżytu pochwy, wywołanego przez Trichomonas. Czopki te, które wypróbowano jeszcze u 4-ch innych pacjentek, wpłynęły bardzo pomyślnie na współistniejące zapalenie przydatków, zapalenie tkanki okołomacicznej i zapalenie otrzewnej miednicznej. Również i gliceryno-żelatynowe gałki z 10% Yatrenu zadziałały w 5 przypadkach nieżytu pochwy, wywołanego przez Trichomonas, bardzo dobrze. Przy jednoczesnem zajęciu cewki moczowej i szyjki macicznej stosuje się żelatynowe pałeczki z 10% Yatrenu, przy zajęciu zaś również i odbytnicy wchodzą w rachubę oprócz czopków pochwowych jeszcze i lawatywy z Yatrenu 105. Schemat leczenia jest następujący:

Po wysokiej lawatywie czyszczącej stosuje się codziennie w ciągu tygodnia lawatywy z roztworu Yatrenu, nagrzanego do ciepłoty ciała, przyczem stężenie zwiększa się stopniowo:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 g | Yatreni 105 | puriss. | na | 200 | cm³ | wody. |
| 2 g | „ | „ | „ | 300 | „ | „ |
| 3 g | „ | „ | „ | 400 | „ | „ |
| 4 g | „ | „ | „ | 500 | „ | „ |

Następnie w ciągu 3 tygodni po 4 dniach przerwy codziennie przez 3 kolejne dni lawatywy z 4 g Yatrenu 105 na 500 $cm^3$ wody. Woda przeznaczona dla rozpuszczania Yatrenu powinna mieć ciepłotę około 70 do 80°, naczynia zaś nie powinny zawierać nawet śladów kwasów. Występujący czasami osad należy rozpuścić przez niewielkie ogrzanie w kąpieli wodnej.

Zamiast oczyszczających przemywań z rumianku można, oczywiście, po oczyszczeniu pochwy stosować z powodzeniem również i przemywania z sublimatu.

Kombinowane leczenie Yatrenem 105 i boraksem w glicerynie nie okazuje żadnych większych korzyści. (Trichomonady znajdywano obficie również i przy zasadowym odczynie pochwy). Roztwór Yatrenu 105 z boraksem i gliceryną (na receptę) w kapsułkach żelatynowych nie jest, jak się okazuje, polecenia godny.

Leczenie pigułkami Yatren 105 jest zarówno dla lekarza jak i dla pacjentki przyjemniejsze niż stosowane dawniej leczenie przemywaniami sublimatem lub roztworami boraksu lub sody w glicerynie.

*Dr. M. Rodecurt,*
Badeńska klinika chorób kobiecych
w Karlsruhe (Med. Kl. 1930, Nr. 33).

**O leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego Trypaflaviną.**

Autor pod kierownictwem lekarza okręgowego, dr. *Weithofera,* dokonał w byłej miejskiej poradni dla niemowląt w Brünn prób leczenia ropnych zapaleń ucha środkowego roztworami Trypaflaviny. Od 5 lat *Haslinger* stosuje nadal ten sposób leczenia w swej własnej praktyce i to nietylko u niemowląt, lecz również u dzieci i u dorosłych. Roztwór wodny okazał się skuteczniejszy do alkoholowego. Zarówno w godzinach przyjęć u lekarza, jak i przy leczeniu domowem należy przedewszystkiem oczyścić przewód słuchowy od znajdującej się tam ropy. Może

to uczynić lekarz lub też sam pacjent najłatwiej i najprędzej zapomocą kawałka skręconej waty, którą lekko zakłada się do przewodu słuchowego i stale kręcąc popycha coraz głębiej. (Przepłókiwania ucha uważam za nieodpowiednie). Następnie wlewa się do przewodu słuchowego ½ łyżeczki do herbaty wodnego roztworu Trypaflaviny. Płyn należy pozostawić w uchu około 3 minut, przyczem chory powinien leżeć podczas tego zabiegu na boku. Wlewania te powtarza się rano i wieczorem. Przy silnie ropiejących zapaleniach ucha stosuje się w porze obiadowej jeszcze wlewanie trzecie, lecz tym razem z 3%-owej wody utlenionej. Duża zaleta leczenia Trypaflaviną polega na tem, że wodny roztwór Trypaflaviny nie okazuje wogóle żadnego działania drażniącego i szybko zwalcza wszystkie objawy zapalenia. Jedyną stroną ujemną tego sposobu leczenia jest zabarwienie muszli usznej i okolicznych części skóry, czego można jednak uniknąć przez dobre opanowanie techniki lub przez nasmarowanie skóry wazeliną. Przepis jest następujący:

Rp. Trypaflavini 0,60
Aq. dest. ad 30.
S. Krople do uszu.

*Dr. Franciszek Haslinger*, Zwittau.

**O uśpieniu podstawowem Avertiną w ginekologji.**

Z pośród 100 zabiegów ginekologicznych, dokonanych w uśpieniu Avertiną, stosowano przy pierwszych 20 operacjach na kg wagi 0,1 g Avertiny w 2,5%-owym roztworze, nie więcej jednak niż 8 g ogółem. Wystarczające uśpienie z dostatecznem zwiotczeniem mięśni osiągnięto przy tem dawkowaniu tylko w 2 przypadkach, w pozostałych trzeba było dodać eteru w iłości od 50 do 100 g, a w jednym przypadku nawet 200 g. Pozostałym 80 pacjentkom wlewano do odbytnicy po 20 $cm^3$ 2,5%-owego roztworu, czyli że otrzymywały one, ważąc przeciętnie około 50 kg, mniej niż 0,1 g na kg. W zależności od czasu trwania zabiegu trzeba było zawsze, za wyjątkiem 1 przypadku, dodawać eter + $CHCl_3$ w przeważającej większości przypadków w dawce około 50 — 100 g. W 10 przypadkach spostrzegano przemijające zaburzenia, lekką asfiksję, zmiany tętna, rozszerzenie źrenic; objawów groźniejszych nie spostrzegano jednak ani razu. Połączenie Avertiny z $CHCl_3$ autor nie uważa za celowe, gdyż, prawdopodobnie, osiąga się przytem bardzo szybko granicę tolerancji. Najbardziej wskazaną jest narkoza podstawowa zapomocą małych dawek Avertiny z dodatkiem eteru. Podstawowe uśpienie Avertiną, dzięki swym wielkim zaletom i brakowi objawów następczych, okazuje się właśnie w ginekologji bardzo cennem i nadaje się również doskonale do zastąpienia znieczulenia lędźwiowego.

*Prof dr. Colombino.*
(Clin. ostratica 1930, VIII).

**O leczeniu wilka rumieniowatego Triphalem.**

Z preparatów złotowych, nadających się do leczenia wilka rumieniowatego, pierwsze miejsce zajmuje niewątpliwie Triphal.

Z licznego szeregu historyj chorób przytoczymy tu dwie:

1. Panna R. B., lat 24, od 6 lat Lupus erythematodes. Przed 5 laty zamrożenie dwutlenkiem węgla, leczenie maściami i naświetlaniami, jednak bez wyniku. Naświetlania lampą kwarcową pogorszyły nawet jeszcze bardziej cierpienie.

Stan przedmiotowy: na prawym policzku typowy wilk rumieniowaty, wielkości dłoni, na lewym, wielkości monety pięciomarkowej. Zmiany skórne sięgają również grzbietu nosa i mają w ten sposób kształt motyla. Znaczne zeszpecenie twarzy. Na brzegach świeże ogniska.

Leczenie Triphalem rozpoczęto od dożylnego wstrzyknięcia dawki 0,001 g, następnie, wstrzykując raz na tydzień, dawkę stopniowo zwiększano aż do 0,1 g. Dawki większej niż 0,1 g nie stosowano. Poza tem stosowano jako pomocnicze środki smarowanie słabą pastą ichtjolowo-rezorcynową. Przypadek okazał się po-

czątkowo bardzo oporny na zastosowane leczenie; dopiero po 9-em wstrzyknięciu Triphalu stwierdzono niewielki wpływ na ogniska chorobowe. Wstrzykiwania stosowano nadal w wyżej wymieniony sposób i wreszcie udało się po prawie 4-miesięcznem leczeniu doprowadzić do zupełnego wyleczenia tej uporczywej choroby skórnej. Chora otrzymała ogółem 19 zastrzyków Triphalu (dawka ogólna 1,75 g Triphalu). Od chwili zakończenia kuracji minął rok i nawrotu dotychczas nie było.

2. Panna T. M. Lupus erythematodes lewego skrzydła nosa, wielkości orzecha laskowego, trwający od ½ roku. Początek leczenia 2.VII. 1928; jako pierwszą dawkę wstrzyknięto 0,0025 g Triphalu, poczem dawkę stopniowo zwiększano. Ogółem dokonano jednak tylko 5 wstrzykiwań (dawka ogólna 0,2075 g), gdyż chora nie zgłosiła się do dalszego leczenia. Miejscowo żadnego leczenia nie stosowano. Gdy chora zgłosiła się po upływie 5 tygodni od ostatniego wstrzyknięcia, stwierdzono zupełne zagojenie się ogniska. Przy kontroli w dniu 29.XII. 1928 stan pozostawał bez zmiany.

Pierwszy przypadek dowodzi, że po kilku bezskutecznych wstrzykiwaniach Triphalu nie należy się zniechęcać, lecz należy spokojnie stosować go nadal aż do dawki ogólnej conajmniej 1,5 — 2,5 g. W przypadku drugim natomiast potrzebna była dla osiągnięcia wyleczenia zaledwie bardzo niewielka ilość Triphalu. Właśnie przy leczeniu wilka rumieniowatego postępowanie ściśle indywidualne jest zasadniczym warunkiem powodzenia.

*Dr. Pécsi*, Arad (Rumunja).

(România med. 1930, Nr. 6)

### Jak należy obecnie leczyć vitiligo?

Dotychczasowe sposoby leczenia vitiligo polegały tylko na dążeniu, aby przez odbarwienie nadmiernej pigmentacji otoczenia zmniejszyć kontrast w stosunku do jasnych miejsc. Wydaje się jednak celowem, starać się również o pobudzenie miejsc odbarwionych do wytwarzania znowu barwnika skórnego. Autor zaleca aby w tym celu wstrzyknąć dożylnie Trypaflavinę, a następnie po lekkiem natarciu odbarwionych miejsc wodą kolońską, wystawić je na działanie promieni słonecznych lub lampy kwarcowej. Trzeci sposób leczenia polega na podawaniu do wewnątrz wyciągu z nadnerczy (Suprareniny) i jednoczesnem naświetlaniu.

*Prof. dr. A. Poehlmann*, Monachjum.

(M. M. W. 1930, Nr. 37)

### O leczeniu przewlekłych niegruźliczych zapaleń pęcherzyków nasiennych.

Przy leczeniu zapalenia tylnej części cewki moczowej wchodzą w rachubę: diatermja, szczepionki, proteinoterapja i chemoterapja. *Sorrentino* zawsze osiągał dobre wyniki zapomocą wkraplań Protargolu; $AgNO_3$ nie stosuje on już oddawna, gdyż azotan srebra wywołuje krzepnięcie białka i daje strąt z solą kuchenną. Tłumaczy nam to również dlaczego $AgNO_3$ działa jedynie powierzchownie; nie posiada on żadnego działania na warstwy głębokie. Poza tem azotan srebra działa również drażniąco. Wyniki osiągnięte przez autora zapomocą Protargolu i diatermji zawsze były całkowicie zadowalniające.

*Dr. Michelangelo Sorrentino*, Neapol.

(Journ. Belge d'Urol., kwiecień 1930).

### O dożylnem odurzeniu (rauszu) avertinowem.

Dla osiągnięcia dożylnego odurzenia Avertiną *Heim* stosował w położnictwie i ginekologji 0,03 g Avertiny na kg wagi chorej, w razie zaś potrzeby wstrzykiwał ponadto jeszcze 10 — 20 cm³ 3%-owego roztworu. Po upływie 40 sekund od chwili wstrzyknięcia chora zapadała w głęboki sen, przyczem występowała lekka sinica i powierzchowny oddech. Głęboki sen i zupełne zwiotczenie mięśni trwało około 3—4 minut; po 4 minutach występowały już znowu pierwsze ruchy obronne, po 5—6 minutach chore się budzą, a jeszcze po 3—4 minutach odzyskują całkowitą świadomość. Zawsze stwierdzało się pełną amnezję, poza tem lekką skłonność do

snu; jedynie w kilku przypadkach chore wymiotowały. Ogółem *Heim* dokonał dotychczas 60 dożylnych uśpień Avertiną przyczem ani razu nie obserwowano żadnych przykrych powikłań.

*Dr. K. Heim,*
Klinika ginekologiczna Univ. Lipskiego
(Schmerz, Narkose u. Anaesth. 1930, 3).

**Znieczulenie i uśpienie w położnictwie.**

*Mc Ilroy* stosuje jako środek przeciwbólowy podczas silnych skurczów porodowych Adalinę w dawkach 0,3 — 0,6 g. Żadnych zaburzeń Adalina nigdy nie wywoływała; leczenie wewnętrzne jest bardzo proste, a uśmierzenie bólu zupełnie dostateczne. — Dla zmniejszenia odczuwania bólu podczas porodu można również stosować i znieczulenie miejscowe zapomocą Novocainy.

*Dr. A. Louise Mc Ilroy,* Londyn.
(Brit. Med. Jl., 1930, Nr. 3639).

**O działaniu Compralu.**

Autor podaje wyniki stosowania Compralu, jako środka uśmierzającego bóle i uspokajającego. Spostrzeżenia jego dotyczą przeszło 120 przypadków. Zwłaszcza u chorych nerwowych Compral znakomicie usuwał niepokój i pobudzenie. Tolerancja Compralu, jak się o tem autor mógł przekonac na samym sobie, jest bardzo dobra; Compral wchłania się szybko, nie wywołuje dolegliwości żołądkowych i nawet u wrażliwych pacjentów nie powoduje mdłości ani wymiotów. Dawki do 2 g nie wywoływały nigdy najmniejszych nawet objawów działania ubocznego ze strony żołądka, kiszek lub serca. Dzieciom można łatwo podać przed zabiegiem odpowiednią dawkę Compralu w wodzie, limonjadzie, soku owocowym lub słodzonej herbacie. 0,5 g nie zawsze wystarcza dla osiągnięcia pożądanego efektu przeciwbólowego; 1 — 1,5 g doprowadzają natomiast zawsze do celu i uśmierzają ból w sposób niezawodny. Nawet w przypadkach większych operacyj (oczyszczanie ropni szczęk, wydłutowanie i t. d.) chorzy przeważnie wcale nie odczuwali bólów następczych. Compral zwalcza skutecznie bóle również i w przypadkach bolesnych cierpień jamy ustnej, przy bólach po założeniu arsenu, przy zapaleniu okostnej i dolegliwościach pooperacyjnych. 1 — 1,5 g doprowadziły w 80% przypadków do uśmierzenia bólów i uspokojenia. Przyzwyczajenie, którego zwykle obawiamy się przy stosowaniu środków przeciwbólowych, przy podawaniu Compralu nie występowało wcale. Pewna pacjentka, cierpiąca na nerwoból nerwu trójdzielnego, zażywała Compral prawie codziennie.

Ze względu na brak działania trującego i zupełną nieszkodliwość należy uważać Compral za jeden z najlepiej znoszonych leków. Compral nie wywołuje żadnych niepożądanych objawów działania nasennego, na co zwrócił niedawno uwagę *Lewinson.*

*Dr. G. J. Dietrich,* Heidelberg.
(Deutsche zahnärztl. Wsch. 1930, Nr. 14)

**O kombinowanem leczeniu Novasurolem i $CaCl_2$.**

Opierając się na obserwacji 5 chorych, autor dochodzi do wniosku, że jednoczesne stosowanie $CaCl_2$ i Novasurolu daje, zwłaszcza przy marskości wątroby, lepsze wyniki niż kombinacja Novasurolu+chlorek amonu. *Taltavull* podaje chorym w ciągu 3 — 5 dni po 10 — 20 g $CaCl_2$ dziennie, czwartego zaś dnia wstrzykuje Novasurol.

*Dr. Raul J. Taltavull.*
(Rev. Medica del Rozario 1930, Nr. 4)

**O leczeniu niecukrzycowych zaburzeń czynności trzustki.**

*Thannhauser* nie podziela poglądu, jakoby kwas solny w wolnej postaci miał być skuteczniejszy niż związany (Acidol-Pepsin) i zapisuje zwykłe Acidol-Pepsinę. Gdy zachodzi potrzeba objawowego leczenia biegunek, autor podaje węgiel zwierzęcy lub proszek z Bolus alba 0,5 g, Tannigen 0,3 i opjum. Ze względu na to, że preparaty trzustkowe są bardzo wrażliwe na działanie kwasu solnego, należy poda-

jąc je unikać podawania jednocześnie z kwasem solnym. Przetwory trzustkowe podaje się przed jedzeniem, Acidol-Pepsinę lub kilka kropel HCl po jedzeniu.

*Prof. dr. S. J. Thannhauser*

Klinika chorób wewn. Akademji w Düsseldorfie, (Referat częściowy z Fortschr. d. Therap. 1930, z. 19).

**Jednoczesne wstrzykiwanie Omnadiny i Novalginy przy zapaleniu płuc z wysoką gorączką.**

W listopadzie 1929 r. mój ojciec, mający lat 74, zachorował na zapalenie płuc umiejscowione w środkowym płacie prawego płuca. Stan był bardzo poważny. Początkowo gorączka była niewielka, na trzeci jednak dzień podniosła się gwałtownie do 40° i stan ogólny pogorszył się znacznie. Od pierwszej chwili stosowałem 4 razy dziennie Hexeton, na trzeci zaś dzień zastrzyknąłem 6 cm³ Omnadiny i 2 cm³ Novalginy (w jednej strzykawce). Pomimo podeszłego wieku chory przezwyciężył zapalenie płuc i już nazajutrz gorączka obniżyła się do 37,5°. Pacjent odpluwał obficie plwocinę i w ciągu dalszych 4 — 5 dni gorączka opadła do normy. Rozumie się samo przez się, że zdrowienie trwało jeszcze dość długo, tak że dopiero po miesiącu można było pacjenta uważać za zupełnie wyleczonego.

Podobnie pomyślne wyniki osiągnąłem również i w dwóch przypadkach odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci. Pierwszemu dziecku wstrzykiwałem w ciągu 3 kolejnych dni początkowo 2 cm³ Omnadiny + 1 cm³ Novalginy, drugiego dnia 4 cm³ Omnadiny + 2 cm³ Novalginy i trzeciego dnia 4 cm³ Omnadiny + 2 cm³ Novalginy. Oba leki stale łączyłem w jednej strzykawce. Do chwili drugiego zastrzyku gorączka wahała się między 39 i 41°. Trzeciego dnia bezpośrednio po wstrzyknięciu gorączka opadła krytycznie do 37,8° i następnie dziecko powoli powróciło zupełnie do zdrowia.

U drugiego dziecka zapalenie płuc zostało ponadto powikłane zapaleniem ucha środkowego. Po dwóch wstrzyknięciach objawy zapalenia płuc cofnęły się zupełnie, gorączka utrzymywała się jednak jeszcze 3 dni, aż do chwili dokonania paracentezy obu uszu. Spostrzeżenia moje nad pomyślnem działaniem wstrzykiwań 4 cm³ Omnadiny + 2 cm³ Novalginy zostały następnie sprawdzone i potwierdzone przez wielu lekarzy bułgarskich.

*Dr. M. Sliwensky*, Sofja.

**W sprawie witaminowego leczenia gruźlicy płuc.**

Najważniejszym czynnikiem leczniczym diety *Gersona — Hermannsdorfera — Sauerbrucha* jest, prawdopodobnie, nie pozbawienie soli kuchennej, lecz obfitość surowych jarzyn oraz tran, zawierający w obfitości witaminę D. *Scheurlen* i *Orlowitsch - Wolk* leczyli 52 chorych na gruźlicę płuc zapomocą Vigantolu, który podawali początkowo codziennie, a później co drugi dzień bez przerwy przez 9 miesięcy. Na siedmiu chorych z postępującą gruźlicą płuc leczenie to żadnego wpływu nie wywarło. Z pośród 45 przypadków nie postępujących, w 31 osiągnięto poprawę taką, jaką się przeciętnie otrzymuje w uzdrowiskach, w 6 nastąpiło dalsze pogorszenie, w 8 natomiast przypadkach poprawa okazała się tak niezwykła, jak się naogół zdarza jedynie wyjątkowo. Wyniki kliniczne autorów odpowiadają w zupełności spostrzeżeniom doświadczalnym *Pfannenstiela* i *Scharlau'a*. Obecnie autorzy przeprowadzają badania nad działaniem jednoczesnego podawania witaminy D i B.

*Dr. F. Scheurlen i dr. A. Orlowitsch-Wolk*

Sanatorjum dla chorych płucnych Bad Reiboldsgrün Vogtl. (Münch. med. Wo. 1930, Nr. 23).

**O stosowaniu uśpienia avertinowego u dzieci.**

*Horstenegg* dokonał u dzieci 130 uśpień zapomocą Avertiny. Spostrzeżenia jego dotyczą wyłącznie operacyj ortopedycznych. Naogół autor stosował roztwór 2%-owy, w dawce 0,125 na kg, a w pierwszym roku życia 0,1 g. W ciągu pierwszych trzech miesięcy życia niemowlęcia, *Spitzy*, dyrektor szpitala, wogóle nie pozwala stosować narkozy. W 4 przypadkach stwierdzono wylanie się lawatywy, co za-

leżało jednak od nieodpowiedniego ustalenia miednicy przez asystenta. W 3 minuty po lawatywie dzieci zasypiały; w 10 — 15 minut po lawatywie przewożono uśpione dziecko do sali operacyjnej. Najodpowiedniejszy czas dla początku zabiegu jest między 20 — 30 minutami po lawatywie. Głęboki sen utrzymuje się przez 45 minut do 1 godziny. Obudzenie się następuje po 1½ — 3 godzinach po lawatywie. Tętno i częstość oddechu początkowo nieco wzrastają, szybko jednak znowu opadają do poprzedniej wysokości. Ciśnienie krwi na początku podnosi się na 5 minut, następnie w 10 minut po lawatywie opada, a jeszcze po 10 minutach znowu się podnosi. W 25% przypadków wogóle nie było spadku ciśnienia tętniczego, przeciętnie zaś spadek ten wynosi 5 — 20 mm Hg, czyli wcale nie jest groźny. Tylko w jednym przypadku ciśnienie krwi opadło z 85 na 50 mm Hg. W 47% dodatek eteru zupełnie nie był potrzebny, czyli że zabieg dokonywano w całkowitem uśpieniu Avertiną. W pozostałych przypadkach trzeba było dodać 10 do 40 cm³ eteru. Wydaje się, że dokonywane poprzednio kilkakrotnie uśpienia eterowe osłabiały nieco działanie Avertiny. Chloroformu nie stosowano wcale; chloretyl wywołał w 2 przypadkach drgawki. Poważniejszych powikłań nie spostrzegano ani razu.

*Dr. W. Horstenegg,*

Szpital Ortopedyczny w Wiedniu.
(Schmerz, Narkose u. Anaesth, 1930, t. 3).

**O fizyczno - chemicznych warunkach odkażania moczu.**

Skuteczność leczenia zapalenia miedniczek nerkowych na tle zakażenia prątkiem okrężnicy zapomocą zmieniania diety polega na tem, że różne rodzaje pożywienia wpływają na Ph moczu i utrudniają w ten sposób możność rozwoju zarazków chorobotwórczych. Otóż leczenie to daje wyniki jeszcze lepsze, jeżeli podawać jednocześnie Helmitol, który, jak wiadomo, hamuje rozwój bakteryj zarówno w roztworze kwaśnym jak i zasadowym.

*Dr. J. Kleeberg,* Frankfurt n/M.
(Ztrbl. f. Bakt. Abt. I. Orig. 1929, t. 112).

**O leczeniu zastoju w krążeniu płucnem.**

Leki naczynioruchowe o ośrodkowym punkcie uchwytu jak kamfora, Hexeton i t. p. dla bezpośredniego leczenia zastoju płucnego przy astmie sercowej nie wchodzą prawie wcale w rachubę. Działają one jednak nierzadko pomyślnie przez ośrodkowe pobudzenie oddychania. Przy rozpoczynającym się obrzęku płuc wskazane są oprócz upustu krwi te wszystkie leki, które skierowują prąd płynu z tkanek do krwi i przeciwdziałają sprawom wysiękowym. Do leków takich należą Novasurol i Salyrgan, pobudzające diurezę tkankową i nerkową oraz wapń, który hamuje w pewnym stopniu przesączanie.

*Prof. dr. R. Schoen,*

Klinika chor. wewn. Univ. Lipskiego
(Klin. W., 1930, Nr. 40).

**Mechanizm działania diety wątrobowej.**

Obraz krwi po zatruciu saponinami jest bardzo podobny do obrazu krwi występującego przy niedokrwistości złośliwej, natomiast obraz krwi po wlewaniach wody przekroplonej, upuście krwi i fenylohydrazynie jest zbliżony do stanu krwi przy żółtaczce hemolitycznej. Przy niedokrwistości złośliwej stwierdza się zawsze we krwi hematynę, przy żółtaczce zaś hemolitycznej oprócz oksyhemoglobiny tylko methemoglobinę. Ze względu na to, że po diecie wątrobowej przy niedokrwistości złośliwej methemoglobina występuje tylko w okresie poprawiania się, przypuszczamy, że methemoglobina okazuje na szpik kostny pomyślny wpływ drażniący i pobudza odradzanie się krwinek. W wątrobie (również i w mięśniach) stwierdza się obecność pewnego związku, wytwarzającego również in vitro methemoglobinę, której jednak niema w świeżej wątrobie. Wyciągi zawierają również jod; jeżeli jodu nie można było wykazać, nie stwierdzano również wytwarzania się methemoglobiny. Związek wytwarzający methemoglobinę znajduje się również w soku żołądkowym ludzi zdrowych, brak go natomiast w soku żołądkowym osobników chorych na niedokrwistość złośliwą.

*Dr. R. Duesberg,*

**W sprawie rozpoznawania przewlekłej gorączki.**

Dla rozpoznania różniczkowego między przewlekłą gorączką gruźliczą i niegruźliczą autorzy stosowali pyramidonową próbę *Hollò'a* i podawali w ciągu dwóch dni po 1,5 g Pyramidonu, podzielonych na niewielkie dawki pojedyńcze. Wynik ujemny próby pyramidonowej przemawiał przeciwko gruźliczemu pochodzeniu gorączki.

*Dr. A. Beutler*, Charlottenburg i *dr. O. Glogauer*, Berlin — Neukölln.

(Med. Welt 1930, Nr. 23)

**O stosowaniu Mg dla leczenia raka gruczolakowatego.**

Autor podawał doustnie i wstrzykiwał podskórnie $MgCl_2$, w dawkach zwykle stosowanych i większych, szczurom z rakami gruczolakowatemi (Adenocarcinoma). Z doświadczeń jego wynika, że chlorek magnu przedłużał życie jedynie bardzo nieznacznie i zaledwie w kilku przypadkach podziałał hamująco na wzrost guza. Zawartość magnu w nowotworach zmianom nie uległa; czasami zwiększyła się zawartość Ca w stosunku do K. lecz nie dotyczyło to właśnie tych przypadków, w których stwierdzono wyraźnie zahamowanie wzrostu guza.

*Dr. Bolaffi,*

(Tumori 1930, Nr. 4).

**Leczenie gruźlicy gruczołowej.**

W poradni naszej leczyliśmy przez dłuższy czas Vigantolem w drażetkach pięcioro dzieci w wieku od 3 do 6 lat, cierpiących na niedokrwistość znacznego stopnia i gruźlicę gruczołów chłonnych. We wszystkich przypadkach już po 6 tygodniach stwierdziliśmy wyraźną poprawę, a po 8 tygodniach w dwóch przypadkach wyniki leczenia okazały się wprost znakomite: poprawa łaknienia, wzrost wagi, cofnięcie się obrzmienia gruczołów, zniknięcie bladości i osłabienia. Dalsze badania są w toku.

*Dr. Czaki*, Murau, Styrja.

---

KONGRESY I ZJAZDY:

*27—31 lipca 1931 r.* Międzynarodowy Kongres radjologiczny w Paryżu.

*27—31 lipca 1931 r.* I. Międzynarodowy Kongres radjologiczno - dentystyczny w Paryżu.

*2—8 sierpnia 1931 r.* VIII. Kongres Międzynarodowy Dentystyczny w Paryżu. Informacyj udziela: Komitet Narodowy (Lwów, Zielona 5a, Prof. A. Cieszyński).

*3—8 sierpnia 1931 r.* VI. Międzynarodowy Kongres Lekarski w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych w Genewie.

*31 sierpnia — 4 września 1931 r.* I. Międzynarodowy Kongres neurologiczny w Bernie (Szwajcarja).

*24—27 września 1931 r.* IX. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

*30 września — 1 października 1931 r.* IV. Wakacyjny Kurs Lekarski w Ciechocinku. Protektorat nad kursem objąć raczył pan dyrektor Dep. Służby Zdrowia Min. Spraw Wewn., Dr. Eugenjusz Piestrzyński.

---

Redaktor:
**A. ENDE**
**mag. farm.**

Wydawca:
**Dom Agenturowy „REMEDIA“,**
**Warszawski, Fulde i S-ka**

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr 6.